Recente ontwikkelingen in de alcoholhulpverlening

donderdag 11 juni 1998
landcommanderij Alden Biesen

Deze studiedag is een gezamenlijk initiatief van:

- het Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen Limburg vzw
- de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen VAD vzw



◎ PROGRAMMA

ONTHAAL	09u30
Welkomstwoord mevr. Marijs Geirnaert, directeur VAD	10u00
Inleiding door de dagvoorzitter mevr. Kris Smet, journaliste VRT Panorama	10u10
Alcoholmisbruik in een sociaal perspectief mevr. Lieve Jordens, maatschappelijk assistente CAD Limburg vzw	10u15
INTERMEZZO door Assunta Geens, woordkunstenares	10u45
Thema 1: Kortdurende Behandelingen met medewerking van: - mevr. Madeleine Gunning, programma manager Jellinek (NL) *over het Vijf Gesprekken Model* - dhr. Herbert Jenaer, psycholoog CAD Hasselt *over praktijkervaringen met gecontroleerd drinken* - dhr. Erwin De Bisscop, PAAZ-afdeling AZ Sint-Jan Brugge *over kortdurende interventies in een residentiële setting*	10u50
INTERMEZZO door Assunta Geens	11u50
Thema 2: Genetische factoren dr. Stan Ansoms, voorzitter VAD	11u55
LUNCH	12u30
Thema 3: Geslachtsspecifieke hulpverlening Inleider: dr. Frieda Matthijs, psychiater, Altox Praktijkvoorbeeld: dhr. Luc Taccoen, psycholoog Mannengroep PC Broeders Alexianen - Tienen	14u00
INTERMEZZO door Assunta Geens	14u40
Thema 4: Het gebruik van medicatie in de alcoholhulpverlening dr. Remi Spiers, psychiater, PC Sint-Camillus Sint-Denijs-Westrem	14u45
Een ethisch-filosofische reflectie op alcoholverslaving dhr. Rik Gonnissen, docent medische ethiek en antropologie	15u25
Afsluiting door de dagvoorzitter	15u45
Receptie	

Alcoholmisbruik in een sociaal perspectief

mevr. Lieve Jordens, maatschappelijk assistente CAD Limburg vzw

◎ Alcoholmisbruik in een sociaal perspectief

De invloed van wat "men" denkt.

Lieve Jordens
CAD Limburg vzw

Inleiding

Een sociaal perspectief: het is wat "men" over iets denkt. Het is door andermans ogen kijken. Het zit in de lucht, het is niet te pakken, alleen door uitvoerige bevraging, het is er gewoon, onuitgesproken. Het is niet onderkend, niet bewust, niet zichtbaar, het is dwingend.
We beseffen het niet zolang alles goed loopt omdat er overeenstemming is. Is er geen overeenstemming dan voelen we dit, we worden zenuwachtig, lastig, gespannen en we voelen ons ongemakkelijk...
Dit is wat ik ervaren heb. Bij de voorbereiding van mijn tekst keek ik door de ogen van de deelnemers en van de organisatoren. Wat zouden zij verwachten? Ik dacht dat ik een wetenschappelijk goed onderbouwde tekst moest brengen.
Het lukte me niet iets behoorlijk op papier te zetten.

"Geef voorbeelden", "praat vanuit uzelf", zegden de collega's. "Kunt ge uw vroegere teksten niet gebruiken?", vroeg men op het secretariaat. Misschien wel of toch weer niet...
Ik werd me in een uitvoerig gesprek met een collega bewust, dat mijn onvermogen te maken had met wat ik dacht dat anderen verwachtten.
Bij navraag bij collega's bleek dit niet te kloppen.
Een voorbeeld van wat ik dacht dat 'men' zou denken over hoe een voordracht er zou moeten uitzien.

Situering

Ik werk op het C.A.D., een ambulant centrum. Ik begon er als stagiaire. Het is mijn enige werkplek geweest. De ontwikkelingen op het C.A.D. zelf zorgden ruimschoots voor variatie en vernieuwing. Ik volgde opleiding in de Interaktieakademie. Al die jaren had ik contact met de AA, de Anonieme Alcoholisten en de Al-Anonfamiliegroepen. We zijn 'tweelingbroers', met dezelfde geestelijke vader: Professor Paesmans. AA bestaat in België dit jaar 45 jaar. Nu vervul ik een brugfunctie, in AA heet dit 'samenwerking zonder inmenging'. In AA ben ik als buitenstaander betrokken bij de provinciale en Vlaamse werking.
Ik heb contacten met Toxan, een zelfhulpgroep voor medicatieverslaafden. Ik werk graag met koppels en groepen.
Als mensen op een C.A.D. komen betekent dit dat ze zelf vinden dat er zaken fout lopen rond drinken, drugs, gokken, medicatie of dat anderen dit van hen vinden.
Als hulpverleners zijn we getraind om te zoeken hoe dit komt, een diagnose te stellen, oorzaken vast te stellen om van daaruit oplossingen te vinden.
Ik leerde steeds ruimer kijken: naar de alcoholist, de alcoholist en zijn gezin, naar de mens met een alcoholprobleem in zijn omgeving, zijn milieu. Het is kijken met een breedhoeklens.
In mijn werk merkte ik dingen op die ik niet begreep, die ik niet kon plaatsen, niet kon verstaan. Dingen die cliënten ook niet verstonden. Herval was - soms - zoiets. Hervallen als alles goed gaat bijvoorbeeld. Of iemand die van zichzelf zegt: "ik heb geen karakter", terwijl ik zie dat zij/hij ongelooflijk veel inspanning doet. Of een vrouw die alsmaar klaagt dat haar man teveel drinkt, flessen weggooit en verstopt en die als er bezoek komt, zelf drank in huis haalt,... Ik heb iets gevonden dat in de praktijk werkbaar blijkt.

... pen. Ik probeer dit te illustreren

... piegels, zienswijzen die gedeeld

... ortkledij kan verschijnen. Ik zou ... zonder dat er iets over gezegd

... atief. Ze zijn er gewoon, ze zijn ... wust doorgegeven. Ze zeggen

... naar school brengen, naar een ... voor vaders en grootouders, een

... zegd zonder woorden. Mensen ... lt zich onzeker en vraagt zich ... fwijkt heeft het moeilijk en moet

... rdbare reden moeten hebben. ... beseft, ontstaat er druk, 'sociale ... wust zijn: 'ge kunt dat toch niet ... nbewust zijn: 'strijken dat doe je

... t. ... t.

... zitten bij mij omdat ze het zich

... ef,...

... den'

... l drinkt

... gevangen en doorgegeven. ... op de kernvergadering van Al- ... De juffrouw vraagt bezorgd en ... en heeft. Moeder reageert snel: ... eder erom lachte of heel kwaad ... uter letterlijk 'veel drinken', voor ... we niet meer dat dit zo bedoeld ... rdere uitleg overbodig.

... k 'alcoholvrij' kon zijn en enkele ... hebben om een groot aantal

... edronken, alles is terug goed en ... a, met de feestdagen kan je toch ... an presenteren". Het risico tot

Het is altijd en overal aanwezig.

"Zouden anderen dat nu ook hebben? In elk TV-programma wordt er gedronken om iets te vieren, om verdriet weg te spoelen, als ze thuiskomen van het werk, als ze bezoek hebben... en dan die reclame. Ik kan er niet tegen".

Alcohol roept gezelligheid, sfeer, stoerheid, mannelijkheid op. De reclame zegt ons: "Jupiler, mannen weten waarom"; en "Deze zomer doen we het met zijn allen, Palmpjes aan....

Het is dwingend.

Ik ben opgegroeid als hulpverlener met de gedachte 'eens alcoholist, altijd alcoholist'. Dus geen alcohol. Ik zie veel pogingen om matig te drinken mislukken. Ik ben doordrongen van de AA-filosofie... en toch! Toen het zilveren echtpaar, ik heb ze Annie en Jacques genoemd, mij na zeven nuchtere jaren hun discussie kwamen voorleggen of hij tijdens de geplande reis champagne kon drinken, was mijn eerste gedachte: "zou het kunnen?" Ik had hen nochtans gekend tijdens bijzonder moeilijke jaren waarin vertrouwen een grote rol speelde. Na een uitvoerige bevraging van de omstandigheden, het waarom juist nu en hoe het voordien verliep zonder alcohol, werd het Jacques plots duidelijk dat hij dacht dat dit van hem in die omstandigheden werd verwacht. Het onbewuste werd bewust. Ze hadden zich voordien al dikwijls uit de slag getrokken in gelijkaardige omstandigheden. Zij steunde hem bijvoorbeeld soms door ook niet te drinken of ze gingen eerder weg of ze bleven gewoon thuis.

Op deze studiedag wordt nagedacht over de mogelijkheid van matig, gecontroleerd drinken. Is dit de dwingende gedachte dat drank erbij hoort?

Het is veranderlijk in de tijd.

Er is een uitbreiding gekomen van het assortiment dranken, een verschuiving naar thuisdrinken. Het aantal gelegenheden om te drinken is toegenomen. Het is ook gewoon geworden dat vrouwen drinken. Het is dus ook normaal dat zij ook het risico lopen alcohol te misbruiken of verslaafd te geraken. Ik hoor dat jongeren bij het uitgaan minder zouden drinken. Een joint begint erbij te horen...

20 jaar geleden zouden we op een studiedag over 'alcoholisme' gepraat hebben, nu over 'problemen' en 'misbruik'.

De opvattingen over scheiden zijn gewijzigd: een mevrouw vraagt zich af of ze wel bij haar man moet blijven. Ze zijn 20 jaar getrouwd. Hij drinkt veel, ze ziet hem graag.

Professor Paesmans vond dat een jarenlang contact noodzaak was, een dossier klasseren betekende mensen 'afschrijven'. Nu maakt men programma's om mensen zo snel mogelijk te helpen.

Het is verschillend in elk milieu.

Voor een dokter, een directeur, een hulpverlener is het wellicht veel moeilijker om problemen te hebben met alcohol. Zij mogen geen problemen hebben. Het is te merken aan hun vraag naar anonimiteit.

De opvattingen over wat wel of niet hoort en de gevoeligheid voor wat men denkt kunnen ook nog verschillend zijn bij echtparen. Zo vindt Ria dat haar man verschikkelijk veel drinkt: hij blijft elke vrijdag na het werk een paar uren 'hangen'. Jan's vader ging vrijdag-, en zaterdagavond op café en zondag naar de voetbal, hij begrijpt niet waar zij zich druk over maakt.

Het is ongenuanceerd.

Mensen hebben het over 'de' mannen of vrouwen, 'de' migranten, 'de' alcoholisten die liegen en bedriegen...

Hulpverleners en preventiewerkers praten over experimenten, misbruik en verslaving. Kranten enkel over verslaafden.

Wat 'men' denkt heeft invloed op de persoon.

Een mens gaat de gedachten van wat andere mensen over hem/haar denken overnemen. Het is een illusie te denken dat we ons hier zomaar kunnen boven zetten. 'Wat gaan de mensen denken als ze weten dat ik te veel gedronken heb?'

Een voorbeeld: door omstandigheden hervalt Jan na jaren nuchterheid, hij is erg veranderd, is getrouwd, heeft kindjes. Het treft me hem te horen zeggen: "ze zien u toch maar als een

sukkelaar".

Het kan leiden tot ruzies en conflicten.
Niet drinken is gemakkelijk, denken de mensen, 'hij/zij lijkt wel een kind! Ik moet altijd klaar staan met complimenten!'
Het feestvierend paar is hier een voorbeeld van. Toen ze na veel zoeken en vragen erachter kwamen waarom hij iets wou drinken, - hij dacht dat hij erg zou opvallen als hij geen alcohol dronk -, vonden ze een oplossing.

Afwijken is moeilijk.
Mensen die afwijken van wat 'men' verwacht, krijgen het moeilijk. Zij voelen dit. Ze voelen zich uitgesloten en afgezonderd.
Enkele uitspraken illustreren dit, je herkent ze wellicht:
"Ik heb het gevoel er niet meer bij te horen"; "men neemt afstand"; "er is afzondering tussen ons gezin en de omgeving"; "we nodigen niemand meer uit"; "we worden niet meer uitgenodigd voor een feest"; "we gaan niet meer naar een feest, zelfs niet meer als we uitgenodigd worden"; "ik voel me niet meer thuis in de gemeenschap".
Toen ik een voordracht gaf voor Al-Anon, bleek de groep een grote steun te zijn voor velen: "een grote groep (van gelijken) achter zich voelen staan, helpt om elders een uitzondering te zijn", zegden ze.
De Anonieme Alcoholisten zijn zich als groep, als gemeenschap zeer goed bewust van deze uitzonderingspositie. Zij wijken af van 'wat hoort'. Zij zeggen wie ze zijn en niet zijn. Zij geven er als groep extra aandacht aan om 'goed' naar buiten te komen. Zij signaleren elkaar de moeilijke momenten, dagen waarop men - sociaal gezien - 'hoort' te drinken: bijvoorbeeld feestdagen, verlofperioden,... Ik zie mensen daar een nieuwe identiteit opbouwen, die van gestabiliseerde alcoholist.

Hulpverlening en sociale perspectieven rond alcohol.
Als hulpverlener onderga ik de invloed van wat 'men' denkt. "Wat me het meest opvalt op deze dienst", zei een collega, "is hoe anderen over onze cliënten denken". Ze worden gezien als hopeloos, niets mee aan te vangen,...
Bij nieuwe aanmeldingen hoor ik het woord 'motivatie' regelmatig, eerder in negatieve zin; mensen zijn alleszins gemotiveerd om te komen! Zou hier de invloed van wat 'men' denkt aanwezig zijn?
Een ander zei "als ik zeg waar ik werk, wordt het stil". Het geloof in de mogelijkheid tot verandering draagt in de verslaafdenzorg veel bij tot die verandering. Dit is wat ik in de loop der jaren regelmatig hoorde. 'Men' dreigt dit te ondermijnen. Voor mij biedt AA behoorlijk tegenwicht: op feestelijke samenkomsten zie ik mensen terug "kent ge me nog?, zoveel jaren geleden was ik bij u, ik was toen niet gemotiveerd "of" "goed dat ge me toen de weg gewezen hebt". Ik zie mensen op vergaderingen in totaal andere omstandigheden.
Het besef dat er iets is als sociaal perspectief, heeft mij anders naar mensen doen kijken. Ik probeer te kijken door een breedhoeklens, waar ik vele mensen naast, achter en langs hen zie. Ik kan samen zoeken hoe zij denken dat deze mensen naar hen kijken, ik kan helpen nagaan of het klopt wat ze denken, ik kan zoeken naar die plekken waar ze waardering en steun vinden.
Ik kan zelf vele dingen beter verstaan, het hen helpen verstaan en verstaanbaar maken voor hun omgeving. Ik zie dat het opluchting geeft, dat mensen zich beter voelen, minder persoonlijk geraakt. Ik kan met hen zoeken naar woorden:
'Mijn man is geheelonthouder' zei Theo tegen de dokter toen deze advies gaf 'iets te drinken'.
'Voor mij een cola, ik ben bij AA', zei Peter rustig, 'mijn gezondheid laat het niet meer toe', reageerde Leo.
'Het spijt me, we hebben geen drank in huis, kan ik u plezier doen met...?'. Woorden die aangeven dat men afwijkt van de norm en waardoor men zichzelf kan blijven.

Besluit

Ik vind slechts één zinvol besluit: doorheen de jaren is mijn respect voor mensen met alcoholproblemen én voor hun familie, hun omgeving steeds gegroeid. Zij worden blootgesteld aan vele 'negatieve-men-denkens'.

Literatuur

1. Jordens L., Een referaat voor verwanten van alcoholisten: enkele didactische toepassingen. Systeemtheoretisch Bulletin, Werkwinkel 1995, XIV: 1, 17-30

2. Mattheeuws A., Omtrent Sociale Perspektieven. Systeemtheoretisch Bulletin, 1983 a, I: 3.13

3. Mattheeuws A., Het spel der vanzelfsprekendheden. Systeemtheoretisch Bulletin, 1990. VIII: 4, 255-287

4. Steens R., Menselijke communicatie. Een zoektocht naar haar complexiteit. Werkboek Interaktieakademie, Van Schoonbekestraat 33 B, 2018 Antwerpen.

5. Van Dijk W.K., Alkoholisme, een veelzijdig verschijnsel. Tijdschrift voor alcohol en drugs, 1976 (2), nr. 1, 26 - 32

Thema 1: Kortdurende Behandelingen

met medewerking van:

- mevr. Madeleine Gunning, programma manager Jellinek (NL)
  over het Vijf Gesprekken Model

- dhr. Herbert Jenaer, psycholoog CAD Hasselt
  over praktijkervaringen met gecontroleerd drinken

- dhr. Erwin De Bisscop, PAAZ-afdeling AZ Sint-Jan Brugge
  over kortdurende interventies in een residentiële setting

Ernst alcoholprobleem niet al te hoog

- Gebruik van korte duur
- Drinken heeft nog niet geleid tot ernstige problemen m.b.t. sociaal-maatschappelijk functioneren
- Steunende/competente kenmerken in persoonlijkheid en/of sociale omgeving aanwezig

Effectonderzoek

- Vroegtijdige signalering
- Kosten
- Kwaliteitsbeleid
- Doelgroepen



Doel behandeling



Het ontwikkelen van strategieën en inzichten waarmee de cliënt na afloop zelfstandig verder kan

Motiverende Gespreksvoering

- Zelfcontrole technieken
- Terugvalpreventie



Voorbereiding

- Literatuuronderzoek
- Ontwikkelen protocol naar inhoud en procedure
- Draagvlak team
- Scholing team
- Implementatie
- Voortdurende bijstelling

Vragen aan de cliënt

- **In hoeverre bent u minder gaan drinken/gokken sinds het begin van de hulpverlening?**
  gestopt; *behoorlijk*; een beetje; *nauwelijks/niet*

- **In hoeverre zijn de problemen die u ervoer toen u hier om hulp vroeg verminderd?**
  helemaal; *behoorlijk*; een beetje; *nauwelijks/niet*

- **In hoeverre bent u tevreden met de hulp die u heeft ontvangen?**
  zeer; *behoorlijk*; een beetje; *nauwelijks/niet*

Vragen aan de hulpverlener

- **Verloop van de hulpverlening?**
  a. cliënt is nooit geweest
  b. cliënt heeft afgehaakt
  c. cliënt heeft hulpverlening afgemaakt

- **Totaal aantal gesprekken: ...**

- **Was deze indicatie een goede?**
  a. ja
  b. nee
  c. weet niet/ kan niet beoordelen

Klantenonderzoek

Evaluatie van 5 gesprekken aanbod

- Deelnemers: 251 cliënten
- Evaluatie: interview
- Periode: juni 1996 - mei 1997

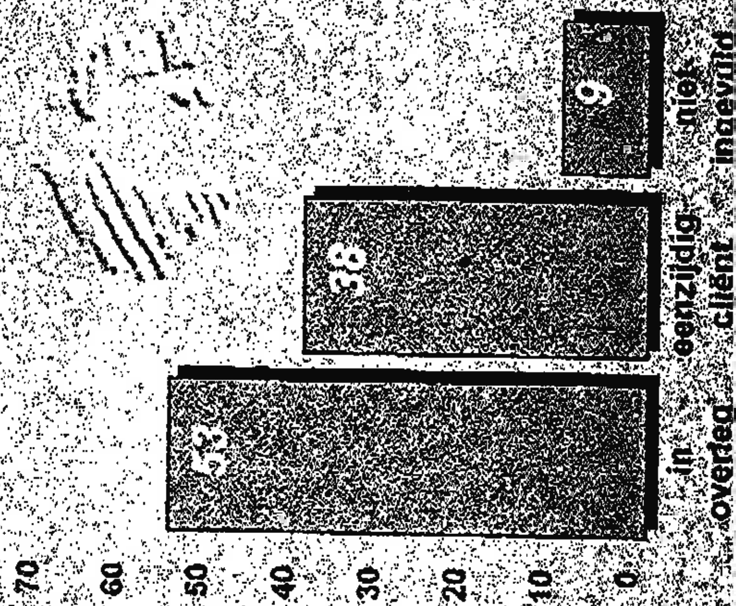
Resultaten 1 Deelnemers

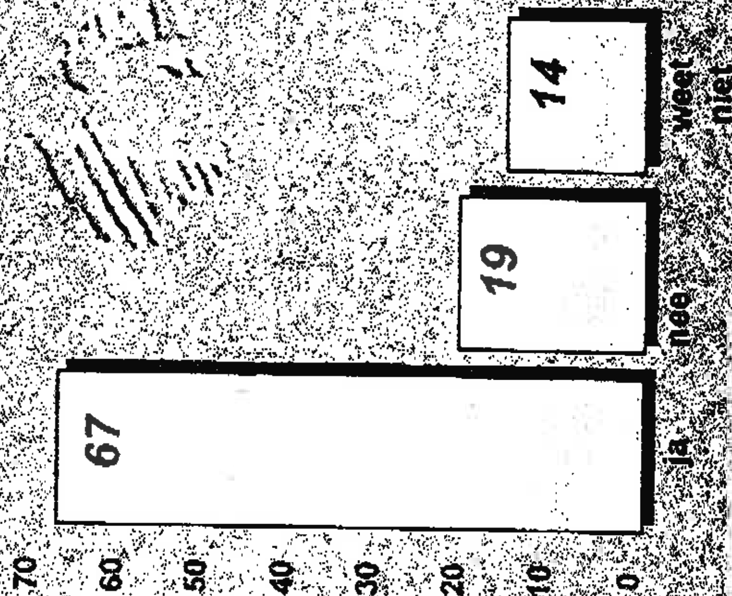
- 215 deelnemers (36 van de 251 kwamen niet opdagen)

- Van 103 (48%) cliënten volledige informatie
- Geen informatie vanwege:
  - geen telefoon
  - 3x niet bereikbaar
  - weigering mee te werken
  - 1 à 2 keer onbereikbaar (wordt nog aan gewerkt)
  - nog in behandeling

Resultaten 2 Hulpverlener

%

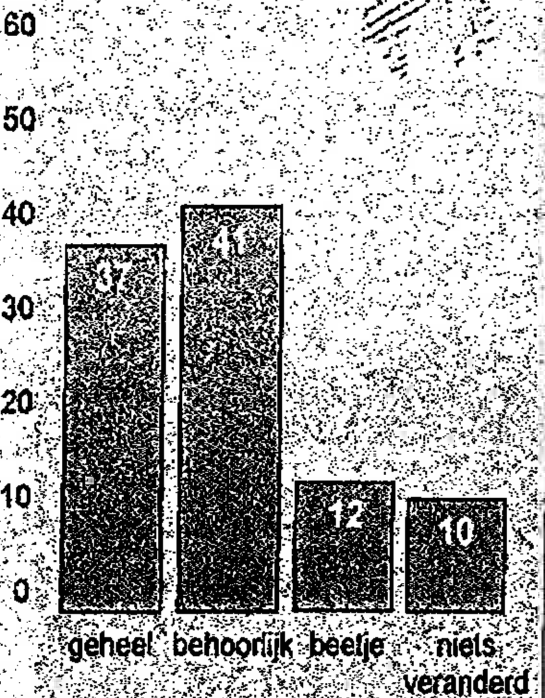


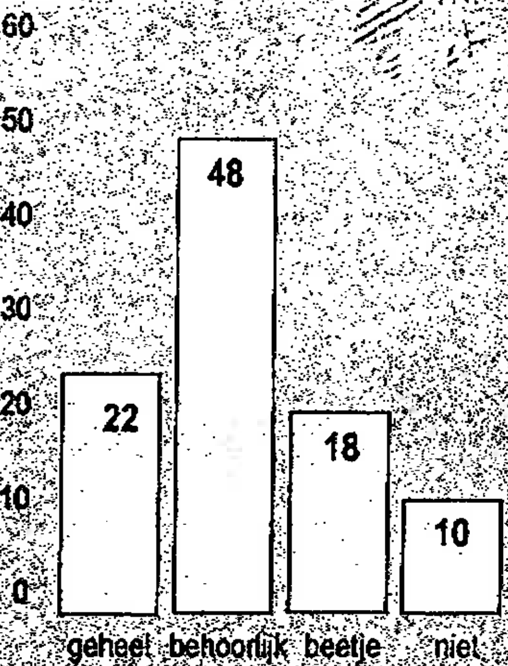


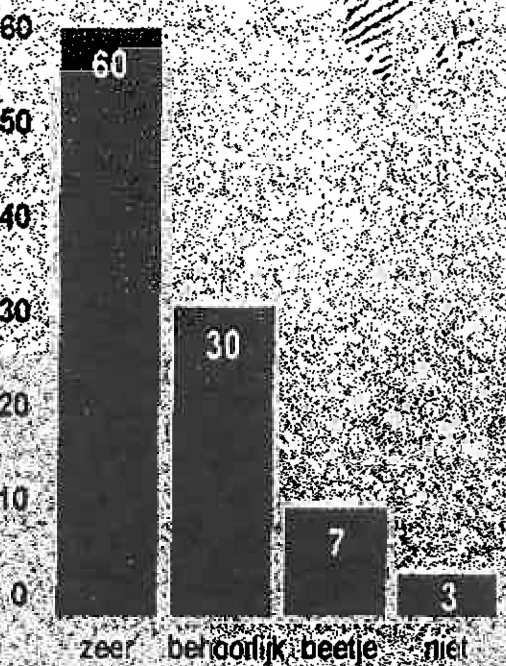
Opgegeven redenen: - onderschatting ernst problematiek
- wennen aan nieuwe methode

Resultaten 3 Cliënten

%







Conclusies

- Cliënten zeer tevreden met aanbod
- Problemen aanmerkelijk verminderd
- Telefonisch interview wordt op prijs gesteld
- Werkers tevreden met nieuwe methodiek
- Wachttijden afgenomen
- Drop out hoog

◎ Gecontroleerd drinken en minimale interventies: enkele (ambulante) praktijkervaringen

Herbert Jenaer
CAD Hasselt

Als ik gevraagd word om publiek iets te vertellen over hoe ik therapieën doe kan ik het niet nalaten om in een eerste reflex de literatuur in te duiken – want ik wil natuurlijk niet afgaan – om dan na veel getwijfel te besluiten dat mijn verhaal daar niet in staat.

Omdat de werkelijkheid maar verschijnt doordat er verschillen zijn pluk ik heel subjectief enkele opvallende bevindingen uit die literatuur om ze dan gelijk te toetsen aan mijn eigen praktijk.

De opwarmer voor deze uiteenzetting was het literatuuroverzicht van Geert Pype in opdracht van de VAD over de controverse abstinentie versus gecontroleerd drinken, waarvoor ik hem zeer dankbaar wil zijn. In dit overzicht groepeert hij een aantal prominente aanhangers van drie grote strekkingen:

1. De noodzaak van definitieve abstinentie
2. Gecontroleerd drinken is mogelijk maar moeilijk haalbaar
3. Het pragmatisch standpunt : gecontroleerd drinken als mogelijk behandelingsdoel

Ik stelde mezelf de vraag wat eigenlijk mijn eigen standpunt is over gecontroleerd drinken, in welk van de drie strekkingen ik mezelf het meest kan terugvinden. En terwijl ik argumenten probeerde te verzamelen om mezelf in een standpunt te wringen bekroop mij het gevoel dat dit zo weinig met therapie te maken heeft.
Deze controverse, gestoffeerd met heel wat uitspraken en onderzoeken van gerenommeerde artsen, psychologen en navorsers lijkt voor mij als hulpverlener eerder een strijd om de waarheid. Dit lijken mij slechts 3 invalshoeken om naar eenzelfde fenomeen te kijken. Het zijn weliswaar heel herkenbare invalshoeken en ze lijken zeker representatief voor de manier waarop in de maatschappij of door sommige hulpverleners gedacht wordt over deze materie. Maar het zijn slechts houvasten om naar het fenomeen 'gecontroleerd drinken' te kijken als je bijvoorbeeld behoefte hebt aan meer zelfzekerheid of een deskundige uitstraling. Therapie dus voor de therapeut, een kader waarin hij zich kan vastankeren.
Op zich is hier natuurlijk niets op tegen, integendeel. Ik wil alleen onder de aandacht brengen dat zo'n mooi uitgewerkt en zelfs wetenschappelijk onderbouwd kader soms verslavend werkt en een therapeut ernstig kan verhinderen om nog dicht bij het verhaal te geraken van zijn patiënt.

Eerlijk gezegd was ik opgelucht toen ik vaststelde dat ook de wetenschappelijke wereld een hele worsteling heeft gevoerd met de stelling 'eens een alcoholist, altijd een alcoholist' en na die strijd het eigenlijk nog niet weet. Ik herken hierin een beetje mijn eigen strijd en niet-weten. Ik heb er zelfs een sport van gemaakt om te blijven zoeken naar telkens nieuwe invalshoeken en mezelf te verzoenen met het feit dat ik eigenlijk nooit de ultieme waarheid kan kennen.
Als je immers goed naar cliënten luistert, dan heeft elke persoon zijn eigen verhaal, zijn eigen waarheid. Zo ook bestaan er honderden, duizenden varianten van de waarheid over 'gecontroleerd drinken'. En het zijn toch deze verhalen van cliënten die het uitgangspunt zouden moeten zijn van hun therapie, hun veranderingsproces ?

Hoe zit het dan in mijn praktijk ? Wat als iemand laat verstaan dat hij eigenlijk niet wil stoppen met drinken maar terug "normaal" wil leren drinken ?
Al van bij het eerste contact begint mijn poging om die vraag te horen in de context van het verhaal van de hulpvrager of hulpvragers. Dat is tenminste mijn invulling van het au serieu nemen van de hulpvraag. Meestal probeer ik dat verhaal gewoon op mij te laten afkomen. Ik tracht te letten op de inhoud, hoe het verteld wordt, waar de accenten gelegd worden, de indrukken die die persoon of personen op mij maken, non-verbale dingen. Ik zoek zo dicht mogelijk te geraken bij

het verhaal dat iemand over zichzelf en zijn probleem of problemen heeft. Ik probeer mij tegelijkertijd ook bewust te zijn van mijn eigen vooroordelen of theorieën die ik heb over wat verteld en gedaan wordt. Na een tijdje begin ik samen te vatten, te spiegelen of hypothesen te genereren. Hierbij heb ik slechts één doel voor ogen: het creëren van een (voor deze cliënt en op dit moment) zo optimaal mogelijke context waarin de hulpvrager in staat zou zijn om nieuwe, betere verhalen te verzinnen om zichzelf en zijn probleem te vertellen. Betere verhalen zijn dan verhalen die als meer bevredigend, meer aangepast worden ervaren door de hulpvrager of -vragers. En soms maakt een of andere versie van 'gecontroleerd drinken' deel uit van zo'n beter verhaal.
Met het vertellen van verhalen bedoel ik dit in de meest brede betekenis van het woord. Ikzelf bijvoorbeeld vertel aan mezelf en mijn omgeving dat ik een therapeut ben en ik gedraag mij hier ook naar (denk ik toch). Ik vertel mezelf en anderen het verhaal dat ik geen mensentechnieker wil zijn die een kookboek vol recepten heeft voor een beter en gelukkiger leven. Ik vertel mezelf en anderen dit verhaal omdat dit waarschijnlijk op dit ogenblik het best voor mij uitkomt in mijn context. En een deeltje van die context is mijn werk op het CAD.

Het is deze beweging die ik in mijn therapieën voortdurend tracht te herhalen : enerzijds het op mij af laten komen van het verhaal van de hulpvrager en anderzijds het zelf inbrengen van nieuwe hypothetische verhalen die én zo goed mogelijk aansluiten bij én een beetje verschillen van hun verhaal. Ik zeg dat ook soms in een eerste gesprek wanneer het lijkt aan te sluiten bij de behoefte van de hulpvrager om mijn eigen rol als therapeut expliciet te verwoorden. Ik zeg dan iets in de zin van 'door de domme dingen die ik zeg kan jij misschien op slimme dingen komen'.

Misschien vragen sommigen onder u zich nu af wat ik dan doe met mijn opleiding als psycholoog, met al die theoriëen en wetenschappelijke onderzoeken, met al die literatuur over psychotherapie die ik heb doorgenomen. Pleeg ik nu verraad aan mijn collega's ? Ik geef toe dat ik heel veel van die wijsheden tracht los te laten, maar dan wel loslaten in de zin van 'absolute, wetenschappelijk bewezen waarheden'. Toch bewijzen veel van die zaken mij - en hopelijk ook mijn cliënten - ook nu nog vele diensten en wel op 2 manieren:

- als ik het gevoel krijg in een therapie vast te zitten kan theorie soms op mij een therapeutisch effect hebben, een soort geruststelling van 'dit gebeurt er nu en dat moet je nu doen'
- als ik hypothesen genereer, nieuwe verhalen aanreik kan dit vele vormen aannemen, ook de vorm van technieken en inzichten die ik onderweg mocht oprapen. Zo voel ik me nog altijd vrij om in bepaalde contexten het verhaal aan te reiken van relaxatietraining of huiswerk of relatietherapie of het veranderingsmodel van DiClemente & Prochaska enzovoorts.

En ik merk bij mezelf ook dat ik mijn stokpaardjes heb. Toen ik mijn thesis maakte heb ik mij godzijdank vergallopeerd in een hoofdstuk over 'niet-schoolspecifieke factoren in psychotherapie' waarvoor ik een veel te groot literatuuroverzicht had gemaakt. Ik heb dat toen hopeloos moeten inkorten maar ik was destijds gedreven door de hoop van 'de diepste fundamenten te ontdekken van therapie'. Wat werkt er nu eigenlijk echt – tenminste volgens verschillende onderzoekers - ? Een hele bloemlezing van factoren had ik bijeengesprokkeld. Als ik nu therapie doe blijft dit nog steeds een belangrijke inspiratiebron voor het aanreiken van verhalen. En als ik nu nieuwe onderzoeken of therapeutische modellen napluis kan ik nooit nalaten om ze te controleren op die ingrediënten in zoverre die beschreven zijn. Maar ik probeer ook los te laten, het zijn geen absolute waarheden en er bestaat niets zoals een perfect therapiepakket of –model. Bij elke therapie zal toch weer een andere wisselwerking van verhalen op gang komen.

Tot slot wil ik nog even ingaan op de vraag die mij voor deze spreekbeurt gesteld werd, met name iets te zeggen over minimale interventies of kortdurende behandelingen. Ik kan hierover zeer kort zijn: in mijn therapeutisch bezigzijn is dit een beschrijvende term voor behandelingen die slechts 1 of enkele sessies in beslag hebben genomen. Ik ben zeer bewust afgestapt van het idee dat psychotherapeuten weten wat goed is voor hun patiënten en dus remedies kunnen voorschrijven afhankelijk van wat zij of zelfs een gans team denken over een persoon. Ik zal deze prescriptieve houding dan ook nooit systematisch aannemen. Ik zal ze slechts aannemen wanneer dit zou aansluiten bij het verhaal van de cliënt over zichzelf en zijn probleem en dus een goeie context lijkt om bij die cliënt nieuwe, betere verhalen te laten ontstaan.

◎ Het Poliklinisch Ontwenningscentrum in het A.Z. Sint-Jan van het O.C.M.W. te Brugge: de achterliggende filosofie

Erwin De Bisscop
A.Z. Sint-Jan Brugge

Ontstaan van het P.O.C.

Op de spoedopname worden we regelmatig geconfronteerd met mensen met een afhankelijkheidsproblematiek die duidelijk in crisis zijn, maar die een residentiële behandeling weigeren. Een opname willen ze kost wat kost vermijden, omdat die hen zou kunnen naar hun mening bestempelen als psychiatrische patiënt.

Hoewel een psychiatrische behandeling in België de laatste jaren beter aanvaard wordt, blijven heel wat mensen, weliswaar vaak uit onwetendheid, sceptisch staan t.o.v. alles wat met psychiatrie te maken heeft.
Het beeld van een jarenlange opname, elektroshocks, gesloten afdelingen en dwangbuizen blijft tot op heden spoken in de hoofden van de mensen. Vaak worden de cliënten na een opname met de vinger nagewezen en verliezen ze hierdoor hun geloofwaardigheid en respect in het dagelijkse leven.
Het vooroordeel dat men over een "*alcoholieker*" heeft, is hiermee verweven. Bij een "*alcoholieker*" die opgenomen is, hoort het beeld van een soort clochard die hele dagen drinkt, niet werkt, geen relatie heeft, letterlijk in de goot ligt, zeker niet voor zichzelf kan zorgen en vlucht voor zijn problemen. De cliënten vergelijken eerder hun psychosociale context dan hun probleemdrinken met dit beeld en besluiten meestal dat ze wel eens teveel drinken, maar dat het zeker niet zo erg met hen gesteld is als met de "*clochard alcoholieker*".
Helaas blijven sommigen dan verder middelen misbruiken tot ze een stadium van "*clochard alcoholieker*" bereikt hebben, waarbij een opname onoverkomelijk wordt. Meestal hebben deze mensen dan al een hele lijdensweg. achter de rug met statusverlies, familiale moeilijkheden (echtscheiding, opvoedingsproblemen, breuk met ouders,... werkverlies...).

Dan zijn er ook de cliënten die bewust voor een opname kiezen, maar die met het residentiële programma niet of weinig geholpen worden. Hierin onderscheiden we 2 groepen:

1. De eerste groep cliënten blijft slechts een korte periode (één à twee dagen) opgenomen, niettegenstaande ze bij het intake gesprek 100% achter een volledige ontwenningskuur (ong. 3 weken) staan. Eenmaal ontnuchterd of de lichamelijke ontwenning achter de rug, verlaten ze zo snel mogelijk de kliniek. Hun excuus is dat ze hun lesje nu wel geleerd hebben, ze zweren nooit meer een glas aan te zullen raken. Gezien de korte periode hebben de cliënten weinig of geen psychotherapeutische begeleiding gehad.
2. Andere cliënten volgen het hele psychotherapeutisch programma, soms zelfs meermaals, maar eens ze ontslagen zijn, recidiveren ze. Blijkbaar ontbreekt er voor hen iets fundamenteels in het psychotherapeutisch programma, waardoor ze onvoldoende geholpen worden. Ze slepen zich voort van de ene naar de andere opname en functioneren zeer moeilijk buiten de kliniek.

Om deze verschillende groepen van probleemdrinkers ook te bereiken, werd het P.O.C. opgericht, naast het bestaande residentiële programma. Het P.O.C. is sterk gebaseerd op het systemisch - Bateson (1972), Minuchin (1974), Watslawick (1974) en het oplossingsgericht denken Erickson (1973), Steve de Shazer (1986), Isebaert (1992). Het is nu een volwaardig centrum in het A.Z. Sint-Jan van het O.C.M.W. te Brugge, dat zich specifiek bezighoudt met het poliklinisch ontwennen van personen met een verslavingsproblematiek die om welke reden ook niet kunnen of wensen opgenomen te worden.

Basisfilosofie

De basisfilosofie zal ik pogen duidelijk te maken aan de hand van 5 pijlers:

- ***ambulantie***
- ***systeem***
- ***respect***
- ***semantiek***
- ***keuze***

Het bespreken van de vijf pijlers, die zeer specifiek zijn voor het P.O.C., poogt de complexe filosofie die achter het ambulant programma schuilt, vatbaarder te maken.
Vermits de vijf pijlers eigenlijk één groot holon vormen zullen er zich bij de bespreking ervan wel overlappingen voordoen en zal herhaling vaak onvermijdelijk zijn.

Deze vijf pijlers staan echter niet alleen. Ze zijn als het ware ingebed in een breder systemisch denken, dat gebaseerd is op een aantal modellen. Deze modellen zijn:

1. Het korte therapiemodel ontwikkeld door Dr. L. Isebaert (1992).
2. Het brief therapiemodel m.o. de Shazer (1986), Insoo Kim Berg (1993)
3. Het strategisch model van Haley (1976), ...

(allemaal met M.H. Erickson (1973) als grote voorbeeld).

Ambulantie

Het P.O.C. is een centrum dat zich specifiek bezighoudt met het poliklinisch ontwennen van personen met een afhankelijkheidsproblematiek, die om welke redenen ook niet kunnen of wensen opgenomen te worden. In de eerste plaats is het P.O.C. dus steeds gekenmerkt door het ambulant aanpakken van een afhankelijkheidsproblematiek. Zowel in de fase van de lichamelijke ontwenning als in de fase van de mentale ontwenning blijft de persoon thuis, in zijn vertrouwde omgeving. De cliënt, meestal vergezeld door belangrijke derden (familie, vrienden, ...) komt op een 50 min. durende consultatie en gaat nadien terug naar huis.

Deze ambulantie heeft heel wat voordelen zoals:

- De probleemdrinker kan iets aan zijn afhankelijkheidsproblematiek doen, zonder uit zijn systeem weggerukt te worden. Hij kan zijn dagelijkse bezigheden normaal verderzetten. De buitenwereld is niet noodzakelijk op de hoogte van het probleemdrinken of de therapie.
- Het vermijdt de etikettering van de probleemdrinker. Niet alleen leeft de gedachte "*once a junk, always a junk*" bij de mensen maar staat een therapie vaak automatisch gelijk aan een voor gekverklaring van de persoon. Een verklaring die hij de rest van zijn leven kan meedragen. Op deze manier zien we dat een ambulante aanpak drempelverlagend werkt voor de therapie. Dit geldt natuurlijk ook voor andere pathologieën. Bij probleemdrinkers hebben we echter het bijkomend voordeel dat het probleemdrinken in een vroegere faze kan aangepakt worden, in een faze waar nog veel resources aanwezig zijn om de afhankelijkheidsproblema-tiek de kop in te drukken.
- Een ambulante behandeling is goedkoper dan een residentiële. Gezien de economische situatie hebben veel mensen nu al moeilijkheden om een residentiële behandeling te financieren. Voor hen en voor anderen in de toekomst - we denken aan de komende besparingen in de sociale sector - vormt het P.O.C. een zuiniger alternatief.
- Het feit dat een persoon een afspraak maakt, en nadien op consultatie komt, waarbij hij eventueel een aantal anderen overhaalt om mee te gaan, betekent dat de persoon al een hele inspanning levert en dat hij bereid is om aan iets werken. De ambulante aanpak zorgt voor gemotiveerde cliënten.

Systeem

Het ambulant programma, dat uit een systemische visie is ontstaan, poogt de mensen zoveel mogelijk in hun vertrouwd systeem te laten. De cliënt blijft tijdens het verloop van de therapie (lichamelijke en geestelijke ontwenning) thuis.

Door de patiënt in zijn systeem te laten, blijft hij op eigen terrein en speelt hij als het ware een thuiswedstrijd met al de voordelen die daaraan verbonden zijn. Voor het zelfrespect van een probleemdrinker, dat vaak zeer laag is, is het belangrijk dat hij een plaats heeft en de daarmee verbonden taken in het systeem kan uitoefenen.

Voor het systeem is het ook vaak belangrijk dat de cliënt thuis blijft. De cliënt vervult er immers een rol die bijdraagt tot het behoud van het evenwicht in het systeem. Wanneer deze rol (familiaal, professioneel) niet meer vervuld wordt, kan het evenwicht verbreken en dat kan extra problemen meebrengen.

Het systeem van de cliënt (familie, belangrijke derden, ...) wordt zoveel mogelijk bij de ambulante therapie betrokken. Reeds bij het eerste telefonische contact, wordt er aan de cliënt gevraagd dat hij een belangrijke derde naar de eerste consultatie meebrengt. Vooreerst is het al belangrijk dat leden van het systeem toezicht houden op de cliënten tijdens de lichamelijke ontwenning. Ook bij de verdere therapie is het systeem een machtige instantie die kan helpen bij het slagen van de therapie. Het systeem vormt immers een bron van informatie die ons alles beter leert begrijpen en is ook een veld waar mogelijk resources aanwezig zijn. Tijdens de therapie wordt er sterk gefocusseerd op deze resources.

Respect

Respect opbrengen voor de cliënt en zijn systeem is volgens elk model een basisvereiste voor therapie. Bij de aanpak van de afhankelijkheidsproblematiek gaan we een stapje verder door respect op te brengen voor het misbruik zelf. Dit gebeurt door er een positieve connotatie (functie van het symptoom, herkadering van het probleem) aan te geven. We zien het gestelde drinkgedrag als een signaal, een symptoom dat iets duidelijk wil maken. Elk lid van het systeem vertoont een min of meer zichtbaar symptoomgedrag, dat echter pas herkenbaar wordt voor de therapeuten wanneer die voldoende vertrouwd zijn met de epistemologie [*1] van het systeem. Het symptoom is van levensbelang voor het voortbestaan van het systeem in bepaalde situaties. Het is tegelijkertijd een noodkreet en een begin van een oplossing die het systeem nog in een homeostatisch evenwicht vasthoudt. Mogelijke functies van het probleemgedrag zijn o.a. ineffectieve oplossing voor het gesteld probleem, een loyaliteitsconflict, het beschermen van iemand, het voorkomen van erger, symbolisch verwijzen naar iets anders, voldoen aan de biologische afhankelijkheid.
De herkadering van het probleem door de positieve benoeming van het symptoom helpt de cliënten en het systeem om nieuwe en betere betekenissen te geven aan hun gedrag, i.p.v. constant in de negatieve spiraal te blijven zitten.

Op die manier wordt de klassieke uitdrukking: " *ze hebben geen wil om te stoppen*" omgebogen tot "ze willlen wel maar kunnen of mogen nog niet stoppen". Door respect op te brengen voor het drinkgedrag roept de therapeut bij de cliënt geen weerstand op in verband met het gebruiken/misbruiken. De cliënt zal sneller geneigd zijn om zijn afhankelijkheid achter zich te laten als iets wat tijdelijk noodzakelijk was, iets wat hij een tijdje heeft gekoesterd maar wat hij nu niet meer nodig heeft en waar hij afscheid kan van nemen.

**1 Epistemologie :" I use the term epistemology to indicate the basic premises underlying action and cognition" (Keeney 1983) . Elk systeem (individu, groep, gezin,...) heeft een bepaalde epistemologie. In deze context verwijst de term "epistemologie" naar aantal basispremissen die samen een model van de wereld vormen. Het gedrag van het systeem wordt door die epistemologie georiënteerd. Die epistemologie wordt op basis van de communicatie met de omgeving opgebouwd en telkens verder aangepast aan de nieuwe ervaringen en de nieuwe kennis die wordt opgedaan. Rober, P. &Migerode, L. (1992)*

Semantiek

In de therapie pogen we de semantische reactie (Korzybski 1993) [1] niet te veranderen maar te verrijken.
In plaats van op een andere manier te reageren op een gebeurtenis, leert de cliënt op de verschillende manieren reageren in verschillende omstandigheden. Dit houdt niet alleen een andere manier van denken in, maar ook een ander gedrag. Men geeft de cliënt meer mogelijkheden om bijvoorbeeld bij een tegenslag te reageren, naast zijn vertrouwd grijpen naar de fles.

Op epistemologisch vlak trachten we de lineaire kijk op de dingen in een meer circulair denken in te passen. De meeste mensen verklaren de problemen op een lineaire manier om ze aldus beter te begrijpen: ze zoeken een oorzaak die het gedrag verklaart. Daarbij duidt men vaak een schuldige aan die een andere ontlast van alle schuld of neemt men juist alle schuld op zich, wat veel voorkomt bij probleemdrinkers. Wanneer we de cliënten meer circulaire denkpatronen aanleren, blijven ze vooreerst gemakkelijker weg uit de schuldvraag en ontstaan er ook meer oplossingen en keuzes.

Bij de therapie vertrekken we vanuit de referentiekaders van de cliënt en zijn systeem, maar we proberen die te verrijken met andere referentiekaders.

Bij deze processen spelen de semantische reacties van de therapeut, zijn referentiekaders en epistemologie een waardevolle therapeutische rol.

Keuze

De probleemdrinker veronderstelt vaak dat hij geen ander keuze heeft dan te drinken. Deze onvrijheid tot keuze wordt in de hand gewerkt door verschillende mythes.

- **"Eenmaal verslaafd altijd verslaafd".**

Vele mensen bekijken de alcoholafhankelijkheid als een ziekte. Een ziekte die men niet kan genezen, maar in het beste geval enkel kan stabiliseren. Het is best mogelijk dat een aantal mensen geen ander mogelijkheid hebben dan altijd afhankelijk te zijn, maar sommigen kunnen dit spoor verlaten voor een andere keuze. Door deze mythe is een persoon met een afhankelijkheidsproblematiek die nadien een "*normale*" middeldosis gebruikt in vele ogen dadelijk hervallen. Eén glas of 20 glazen bier het maakt niet uit. Uit ervaring weten we dat een gezonde manier van middelengebruik terug mogelijk is bij een aantal personen met een afhankelijkheidsproblematiek.

- **"Elke probleemdrinker vertoont zeker lichamelijke ontwenningsverschijnselen bij een alcoholstop".**

Vaak blijven probleemdrinkers verder alcohol gebruiken uit angst voor de lichamelijke ontwenningsverschijnselen. Verhalen over o.a. '*roze olifanten*' die men gaat zien bij een volledige alcoholstop doen in de volksmond de ronde. Door deze angst wordt het negatief gedrag geconditioneerd. Deze mythe moet afgezwakt worden tot "*een probleemdrinker kan lichamelijke ontwenningsverschijnselen vertonen*" i.p.v. vertoont zeker lichamelijke ontwenningsverschijnselen. Dit heeft wat betreft de lichamelijke verslaving ook een wetenschappelijke grond: 75% van de opgenomen patiënten met een alcoholproblematiek (bevestigd door de MALT-score) vertonen geen ontwenningsverschijnselen (De Bisscop 1993).

---

[1] *La réaction sémantique : toute reaction affective et intellectuelle aux mots et aux autres stimuli porteurs de signification. La réaction sémantique peut donc comprise comme la combinaison de ces deux vecteurs (vers la compréhension de la réalité et vers la verbalisation de ce qui a été compris) : elle est la relation structurante entre la réalité et le langue, entre le territoire et la carte. La réaction sémantique n'est pas la carte (le langage), elle n'est pas le territoire (Korzybski 1993).*

Deze mensen hebben geen lichamelijke nood aan alcohol. Wanneer zij hun alcoholgebruik stoppen of minderen zonder medicatie-ondersteuning, krijgen ze het gevoel dat ze op eigen kracht kunnen stoppen, dat ze een controle kunnen uitoefenen op hun middelgebruik en dat ze zo een andere keuze creëren die ze kunnen inpassen in hun leven.

Als therapeut proberen we deze schijnbare onvrijheid tot keuze te bestrijden door verschillende keuzemogelijkheden aan te bieden, wat het zwart-wit (binair) denken van de probleemdrinker doorbreekt. Hij denkt vaak enkel in termen van ofwel alcohol misbruiken ofwel totale onthouding. Op deze manier helpen we hem meer keuzen maken : hij kan een beetje minder drinken, veel minder, helemaal niets, enz... Verschillende keuzemogelijkheden in de therapie zijn o.a.:

° Residentiële, ambulante behandeling, dagtherapie
° Volledige alcoholstop met of zonder antabuse-
gecontroleerd drinken of een andere manier om alcohol te gebruiken.
° Keuze van tijdstip en interval tussen afspraken.
° Verschillende opdrachten die al of niet kunnen uitgevoerd worden.
° ...

De therapeut laat enkel de keuzemogelijkheden zien. Het is uiteindelijk de cliënt die kiest welk doel (objectief) hij wenst te bereiken. Elke poging om de cliënt iets op te dringen of hem ertoe te brengen iets te ontkennen waarin hij gelooft, biedt de cliënt de mogelijkheid om weerstand te bieden. Dit gevecht, opgeroepen door de therapeut, verspilt slechts de tijd en de energie van alle betrokkenen en dient maar heel zelden enig doel.
Men kan een onderscheid maken tussen twee soorten doelen:

1. *alcoholgerelateerde doelen: verminderen van drinken, genieten van alcohol zonder de negatieve effecten ervan, volledige alcoholstop ...*
2. *niet alcoholgerelateerde doelen: relatie verbeteren, familiebanden vernieuwen, enz. ...*

De therapeut zal met het doel werken waarvoor de cliënt gemotiveerd is. *"Too many therapists take you out to dinner and then tell you what to order. I take a patiënt out to a psychotherapeutic dinner and I say: "you give your order"* "(Erickson M.H. 1973). Cliënten zijn steeds gemotiveerd voor een bepaald doel als ze op consultatie komen. Ze willen iets doen aan hun drinkgedrag of ze komen om hun echtgenote gerust stellen. Wanneer de cliënt gemotiveerd is voor iets, zal hij de therapeut ook mandaat [*1] geven om dit objectief te helpen bereiken. Vanuit dat mandaat kan de therapeut andere mandaten exploreren om secundair het mandaat te verwerven voor een ander objectief (alcohol- of niet alcoholgerelateerd). Het blijft echter een constant afwegen van wat we kunnen doen en wat we mogen doen. Hierbij houden we steeds de objectieven die belangrijk zijn voor de cliënt voor ogen, t.t.z. kleine realistische doelen die (schijnbaar) moeite kosten om ze te bereiken. De cliënt wordt steeds gezegd dat therapie inspanning vergt, maar elk bereikt doel wordt zo een overwinning waarvoor men gevochten heeft. Men zal dan ook automatisch meer geloven in de eigen mogelijkheden. De negatie wordt ook steeds geweerd in het objectief. Het doel is niet "ik mag niet meer drinken", maar wel "ik wil stoppen met drinken". Het moet het begin van iets constructiefs zijn, een start in aanwezigheid van iets nieuws (de Shazer 1982-Berg I.K. 1993). Als het objectief van de cliënt verschilt van dat van zijn familie wordt er onderhandeld over een tussenobjectief, dat weliswaar te moeilijk kan zijn om te bereiken. Een objectief dat niet gesteund wordt door de gezinsleden, heeft minder kans om te slagen. Eénmaal het objectief voor de cliënt en de familie bereikt is, wordt de therapie afgesloten als er zich geen ander gezamenlijk objectief aanbiedt.

**1 Mandaattoelating dat de therapeut van het cliëntensysteem krijgt of onthouden wordt om te interveniëren in het systeem om zo te veranderen of te bestendigen (Minuchin 1974). Vrij naar" De ambulante aanpak van probleemdrinkers in het poliklinisch ontwenningscentrum" door Lemmens G. & De Bisscop E. & Dr. Isebaert L. (niet gepubliceerd).*

Thema 2: Genetische factoren

dr. Stan Ansoms, voorzitter VAD

◎ Alcoholisme en erfelijkheid

Dr. Stan Ansoms
VAD

A. VROEGERE STUDIES

1. Familiestudies:

In sommige families komt alcoholisme duidelijk meer frequent voor dan in andere families.

Studies:
- Winokur, 1970
- Reich, 1980
- Guze, Cloninger, 1986

Deze studies suggereren dat de biologische verwantschap mogelijk een factor kan zijn maar de invloed van opvoedingsfactoren wordt hiermee niet uitgesloten.

2. Adoptiestudies:

Vertrekkend van de registratiegegevens van adopties kan men een vergelijkend onderzoek doen over het voorkomen van alcoholisme bij adoptiekinderen, voortkomend van biologische ouders met of zonder alcoholproblemen en daarna opgevoed in gezinnen met of zonder alcoholproblemen.

Methodologische problemen

Studies:
- Goodwin, 1970, Kopenhagen
- Cadoret, 1978, Iowa
- Cloninger, 1981, Stockholm

Met uitsluiting van opvoedingsaspecten blijkt dat kinderen (zonen) van alcoholistische ouders (vaders) 3 à 4 maal meer kans hebben om later in het leven alcoholisme te ontwikkelen.

3. Studies op tweelingen:

Wanneer men tweelingen bestudeert kan men nagaan of een grotere gelijkvormige genetische geladenheid (ééneiïge tweelingen versus niet ééneiïge tweelingen) aanleiding geeft tot meer significante prevalentiecijfers van alcoholisme.

Methodologische problemen

Studies:
- Kay, 1960
- Kapiro, 1987
- Allgulander, 1990, 1991
- Pickens, 1991
- McGue, Pickens, 1992
- Heath, 1993

Op basis van deze studies kan men besluiten dat een genetische link zeker niet verworpen kan worden. Wel heeft men bij vrouwen blijkbaar een sterkere genetische lading nodig om alcoholisme tot expressie te laten komen.

B. MOLECULAIR ONDERZOEK

Voorgaande studies leverden statistische evidenties. Op basis van moleculair ondezoek probeert men na te gaan waar deze genetische verschillen pathogenetisch aangrijpen in het ontstaans-mechanisme van alcoholisme.

1. Het metabolisme (verschil in afbraak van alcohol ?)

- ADH (alcoholdehydrogenase)
- ALDH (aldehydedehydrogenase), 9 isoenzymes : oriëntalisme

2. Neurotransmitters en receptoren

Alcohol heeft een belangrijk effect op neurotransmitter-systemen (dopamine, glutamaat, serotonine, ...) en de receptoren thv. de membranen van de hersencellen. Dit leidt tot een aantal neuro-adaptieve mechanismen die verantwoordelijk zijn voor belangrijke klinische fenomenen zoals bv. het addictief effect, de tolerantieverandering, de acute withdrawal-symptomatologie, ...
Heel wat van deze biochemische mechanismen zijn genetisch gecodeerd.
In 1990 ontdekte Blum dat er een belangrijke associatie was tussen het voorkomen van alcoholisme en de aanwezigheid van een bepaalde DNA-sequentie naast het DRD2-gen (dopaminereceptor). Men sprak toen over een specifiek gen voor alcoholisme. Deze studie bleef echter controversieel.

Eigenlijk gelooft men niet in het voorkomen van een specifiek dominerend gen voor alcoholisme maar wel in een multigenetische kwetsbaarheid. Dit betekent dat men meer recent opnieuw op zoek gaat naar een combinatie van factoren.

Studies:
- Cadoret: alcoholisme + antisociale persoonlijkheid
- Cloninger: type I ("milieu-limited") en type II ("male-limited")

C. LONGITUDINALE STUDIES

Door het jarenlang opvolgen van kandidaat-alcoholisten probeert men meer inzicht te verwerven in mogelijke predictieve kenmerken (trait-markers) op het belang van tussenliggende protectieve of faciliterende factoren in de ontwikkeling naar alcoholisme.

1. Schuckit (San Diego)

COGA-studie (cooperative agreement on genetics of alcoholism), gestart in 1989

Algemene bespreking:

Sommigen hebben het gevoelen dat dergelijke studies aanleiding geven tot een zeker defaitisme ("alles is toch genetisch bepaald"). Dit is volkomen onterecht. Uiteindelijk gaat het om studies die een zekere kwetsbaarheid aantonen maar die tegelijkertijd aangeven dat de verdere ontwikkeling naar alcoholisme meer bepaald wordt door talrijke interacties met de omgeving en de individuele psychologische attitude. De persoonlijke verantwoordelijkheid blijft dus onmiskenbaar aanwezig. Alcoholisme is immers een leerproces.

Omgekeerd leveren deze studies heel wat aanknopingspunten en hoopvolle perspectieven voor een betere vroegtijdige detectie, preventie en hulpverlening.

Thema 3: Geslachtsspecifieke hulpverlening

Inleider: dr. Frieda Matthijs, psychiater, Altox
Praktijkvoorbeeld: dhr. Luc Taccoen, psycholoog
Mannengroep PC Broeders Alexianen - Tienen

◎ Geslachtsspecifieke aspecten van alcoholproblemen

Dr. Frieda Matthijs

Aangezien alcoholgebruik en -misbruik veel meer voorkomt bij mannen dan bij vrouwen, heeft het onderzoek naar de effecten en gevolgen zich lange tijd praktisch alleen op mannen gericht. De conclusies werden als vanzelfsprekend uitgebreid naar vrouwen. Toen men zich de laatste tien jaar meer specifiek ging bezighouden met het drinkgedrag bij de vrouw, de oorzaken en effecten van haar alcoholmisbruik, kwam men tot de vaststelling dat er voldoende verschillen waren om dit probleem apart en gedifferentieerd te benaderen.

1. EPIDEMIOLOGISCH VASTSTELLINGEN

Sinds de tweede wereldoorlog is het alcoholgebruik in de meeste landen sterk toegenomen. Mannen drinken daarbij tweemaal zoveel als vrouwen en hebben er drie- tot viermaal zoveel problemen mee. Het verschil is de laatste tien jaar wel iets kleiner geworden, omdat vooral de mannen hun gebruik zijn gaan verminderen. Het aantal vrouwen met alcoholproblemen wordt in Nederland (wat vergelijkbaar is met ons land) geschat op ongeveer 150.000. Het aantal mannen op meer dan het dubbele. (9)
Vrouwen drinken meer als er drinkende mannen in de buurt zijn. De toename is dus vermoedelijk vooral te verklaren doordat zij vaker in gemengd gezelschap verkeren en zich aanpassen aan de drinkgewoonten van de personen met een hogere status, dan door emancipatie of stress. (10)
Hoge werkdruk verhoogt het risico op gezondheidsproblemen waaronder alcoholproblemen, wel bij mannen maar niet bij vrouwen. (3)
Het buitenshuis werken geeft vrouwen juist meer zelfvertrouwen en daardoor zullen zij eerder minder drinken.

2. BIOLOGISCHE GEVOLGEN

Biologisch zijn vrouwen een stuk kwetsbaarder voor de negatieve effecten van alcohol. Zij zijn sneller dronken, want ze hebben na eenzelfde hoeveelheid alcohol een hogere bloedspiegel dan mannen. Ook op termijn treedt sneller lichamelijke schade op. De verstoring van hun hormonaal stelsel veroorzaakt vaak ernstige stoornissen in hun metabolisme. Als vrouwen evenveel drinken als mannen, takelen zij dan ook lichamelijk veel sneller af.
In verband met mogelijke zwangerschap ten slotte, dient ook extra aandacht besteed aan de gevolgen van excessief drinken voor de foetus, gaande van vroeggeboorte tot ernstige lichamelijke en mentale handicaps.

Zelfs bij matig gebruik houdt alcohol tijdens de zwangerschap risico's in waarmee best rekening gehouden wordt. Aangezien alcohol de placenta ongehinderd kan passeren, is de alcoholemie van de foetus even groot als die van de moeder.
In het algemeen heeft men geen vermindering van het geboortegewicht gevonden als het gemiddelde alcoholgebruik tijdens de zwangerschap minder dan twee glazen per dag bedroeg. Bij een consumptie van twee glazen per dag of meer, is er een verhoogd risico op een baby met een laag geboortegewicht (< 2500g). (18)
Bij een alcoholinname van meer dan vijf glazen per dag is er een duidelijk verband met spontane abortus of intra-uteriene sterfte. Ook structurele afwijkingen komen hier vaker voor, vooral aangezichtsafwijkingen, maar ook andere misvormingen zijn vastgesteld. De kritieke periode voor grote misvormingen ligt in het begin van het eerste trimester tot aan de tiende zwangerschapsweek, dus vooral in de weken dat de vrouw nog niet weet dat zij zwanger is.
Alcohol heeft gedurende gans de zwangerschap een niet te onderschatten invloed op de neurologische ontwikkeling van de foetus: vooral bij een gemiddelde consumptie van > 2 glazen per dag. Bij een hoog gebruik van 6 à 8 glazen per dag of meer, kan het kind lijden aan het foetaal alcohol syndroom (FAS) .

Dit is een geheel van kenmerken en symptomen die onder te verdelen zijn in drie groepen [18]:

- *groeistoornissen*: het (geboorte)gewicht, de lengte en/of de hoofdomtrek zijn geringer dan normaal.
- *misvormingen*: microcefalie (een te kleine schedel), versmalling van de ooglidspleten, te kleine ogen, afwijkende inplanting van de oren, een te plat gezicht, een dunne teruggetrokken bovenlip en een onderontwikkelde onder- en/of bovenkaak.
- *dysfuncties van het centraal zenuwstelsel*: neurologische en psychomotorische afwijkingen worden veel gezien. Als pasgeborene hebben deze kinderen een slecht zuiggedrag. Zij slapen moeilijk, zijn prikkelbaar en huilen veel. Later vertonen zij hyperactiviteit en tremoren; zij zien en horen slecht en vertonen een vertraagde motorische ontwikkeling. Vooral de intellectuele ontwikkeling is meestal verstoord met taal- en spraakproblemen en concentratie- en geheugenstoornissen. Ze kunnen normaal begaafd tot ernstig mentaal gehandicapt zijn.

3. Psychosociale aspecten

A. Verschil tussen mannen en vrouwen wat alcoholmisbruik betreft

Het proces van gebruik tot verslaving verloopt bij de meeste mensen ongeveer identiek. Het tempo en de concrete omstandigheden, maar vooral de betekenis en de redenen kunnen verschillen.
Voor mannen is overmatig drinken stoer. Het wordt geassocieerd met avontuur, opwinding, non-conformisme, het ontsnappen aan een burgerlijk bestaan en aan de wereld der vrouwen. [14]
In de mate dat vrouwen het gevoel hebben dat zij maatschappelijk minder gewaardeerd worden dan mannen, zullen zij 'veel drinken' dan ook als statusverhogend beschouwen. Vrouwen drinken ook meer als er drinkende mannen in de buurt zijn.
In het algemeen zijn ze wel minder vaak onder invloed dan mannen en zij vertonen minder excessen of agressief gedrag wanneer ze dronken zijn. [7]
Onderzoekers hebben vastgesteld dat mannen en vrouwen om andere redenen naar roesmiddelen grijpen. Waar mannen vaak experimenteren met alcohol en andere drugs vanuit een zich goed voelen en om de sociale contacten te ondersteunen, gaan vrouwen vooral drinken om negatieve redenen: om angstgevoelens, onzekerheid en frustratie te onderdrukken. [10]
Mannen associëren alcohol meestal met plezier maken, samenhorigheid en feestjes bouwen. De gewoonte om veel te drinken kan uit de hand lopen en uitmonden in alcoholafhankelijkheid. Vrouwen, vooral diegene die zich veel in gemengde gezelschappen bevinden, en stevig meedrinken, belanden soms op dezelfde manier in alcoholproblemen. Vaak echter is bij vrouwen drinken van in het begin een middel om negatieve gevoelens te overwinnen. [10]

B. Verschil tussen mannen en vrouwen wat reactie op de drinkende partner betreft

Er is heel wat onderzoek verricht naar *partners van verslaafden*, vooral vrouwelijke partners van mannelijke verslaafden. [5] [8]
Onderzoekers hebben in de jaren '50 vanuit een psychodynamisch model een aantal vaste patronen beschreven bij vrouwen die lange tijd samenwonen met een verslaafde partner. [17]
Zij introduceerden de term *co-dependency* waarbij de niet-gebruikende echtgenote evenals haar alcoholische echtgenoot een 'gestoorde persoonlijkheid' zou hebben. Volgens deze 'Disturbed Personality Hypothesis', konden vier types onderscheiden worden:

- *"Suffering Susan"*: is de vrouw die masochistisch ingesteld is: zij zoekt om te lijden en trouwt daarom met een alcoholist.
- *"Controlling Catherine"*: is de vrouw die een zwakke man trouwt omdat zij vreest door mannen overheerst te worden.
- *"Wavering Winifred"*: is de vrouw met een laag zelfwaardegevoel die een man trouwt die zwakker is dan zij zodat zij zich belangrijk kan voelen.
- *"Punitive Polly"*: is de (meestal buitenshuis werkende) vrouw die wil wedijveren met mannen,

hen verslaan, hen straffen.
In het verlengde van deze idee ligt de 'Decompensatie-theorie' volgens dewelke de vrouw depressief zal worden en zelfs instorten op het moment dat haar man zijn overmatig drinken staakt.
Recenter vergelijkend onderzoek nuanceert deze vaststellingen: vrouwen van verslaafden blijken een heterogene groep te vormen waarvan sommigen stoornissen vertonen, terwijl bij anderen nauwelijks individuele pathologie aanwezig is.
Co-dependecy werd geherdefinieerd als het proces waarin de vrouw steeds afhankelijker wordt van haar alcoholische man. Naarmate de verslaving van de man manifester wordt en langer duurt, worden de mogelijkheden van de vrouw om zelfstandig een betekenisvol sociaal leven te leiden alsmaar geringer. [1]

Gedragswetenschappers onderzochten het effect van het gedrag van de partner op het ontstaan en op het blijven bestaan van overmatig drinken.
Aangezien het geven van aandacht een sterke bekrachtiger is, ligt het voor de hand dat de partner, die sterk gericht is op het alcohol- en druggebruik van haar echtgenoot, door haar pogingen om dit te controleren en te veranderen, het eigenlijk stimuleert. [5]
Bovendien reageert de man op de verwijten van zijn vrouw slechts met opnieuw overmatig gebruik en beschouwt hij haar gedrag als oorzaak van zijn hervallen of continueren.
In ieder geval is het belangrijk om te beseffen dat samenleven met een dysfunctionerend persoon een verregaande aanpassing vraagt en vaak met zich meebrengt dat de partner ook gaat dysfunctioneren om dit leven te kunnen volhouden.
Een vrouw is inderdaad geneigd haar huwelijk niet snel in vraag te stellen. Zij zal lange tijd proberen de schade te beperken: zijn werk verwittigen, afspraken in zijn plaats met een smoesje afzeggen, zijn taken overnemen, voor hem naar de huisarts gaan om een ziekteattest te vragen, zelf niet drinken om hem niet in de verleiding te brengen, zorgen dat het gezinsleven zo rimpelloos mogelijk verder gaat, zelf in therapie gaan om te leren hoe ze kan zorgen dat hij niet meer drinkt en haar eigen behoeften meer dan ooit opzij zetten.
Soms gaat ze meedrinken omdat ze hoopt dat dit het contact zal verbeteren. Of ze gaat hem jaloers maken of dreigen met suïcide om toch maar een reactie en een verandering uit te lokken.
Vaak wordt ze depressief en voelt zë zich schuldig omdat ze er niet in slaagt om hem van zijn probleem af te helpen.

Dit verhaal gaat vooral op voor vrouwelijke partners en slechts voor een minderheid van de mannelijke partners. Een man met een verslaafde echtgenote past in de regel zijn leven niet aan, aan het dysfunctioneren van zijn vrouw. Aangezien het centrum van zijn bestaan vaak niet in zijn gezin ligt, gaat zijn leven (professioneel en sociaal) gewoon door. Vooral als er familie is die de tekorten in huishouden en zorg voor de kinderen opvangt, kan de situatie lang doorgaan Zelden zal hij de huiselijke taken overnemen. De man die het allemaal wel doet, wordt trouwens door zijn omgeving wat meewarig bekeken. En misschien is het inderdaad niet zo'n gezonde reactie. Bij mannen die zich helemaal afstemmen op het verslaafd gedrag van hun echtgenote, vindt men vaker psychopathologische stoornissen dan bij vrouwelijke partners van mannelijke verslaafden. [4]

4. MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

Maatschappelijk is alcohol onze drug nr. één: goed geïntegreerd, goed genormeerd en goed geaccepteerd. Veel drinken wordt beschouwd als *mannelijk*, en wordt door mannen dus als positief beleefd en als identiteitsversterkend.
De maatschappij keurt te veel drinken door vrouwen meer af dan door mannen. Tussen jongens en meisjes speelt dit verschil niet zozeer, maar het groeit snel als vrouwen volwassen worden, en vooral als zij kinderen krijgen. [11]

Het veel drinken symboliseert mannelijkheid omdat het gekoppeld is aan 3 belangrijke aspecten van de mannelijke rol: onconventionaliteit, het nemen van risico's en agressie. [12] Mannen en jongens kunnen hun mannelijkheid bewijzen door te drinken. Hoe meer een man drinkt, hoe

mannelijker hij overkomt, zolang hij maar geen verschijnselen van afhankelijkheid of controleverlies vertoont. Want dat is een teken van zwakte en dus niet mannelijk. Vrouwen drinken doorgaans minder dan mannen, én omdat ze er lichamelijk minder goed tegen kunnen, én omdat alcohol eigenlijk een mannelijk gedrag is dat niet echt past bij de vrouwenrol, én omdat zij nog steeds minder deelnemen aan het openbaar leven en minder vaak in situaties komen waar gedronken wordt.
Bij vergelijking vallen nog een aantal dingen op: [(9)]
Vrouwelijke alcoholisten zijn, vaker nog dan mannelijke, afkomstig uit een gezin met een drinkende vader of moeder. Vrouwen drinken meer thuis. Ze hebben een regelmatiger drinkpatroon, en ze combineren meer met tranquillizers.
Zij hebben vaker een excessief drinkende partner. Ze drinken meer om negatieve redenen en het schuld- en schaamtegevoel zijn bij vrouwen vaak groter.

Vrouwen met alcoholproblemen verschillen eigenlijk niet wezenlijk van andere vrouwen. Zij hebben geleerd te zorgen, de verantwoordelijkheid te nemen en te dragen, vooral waar het emoties en relaties betreft.
Hun groot verantwoordelijkheidsgevoel maakt dat zij ook de verantwoordelijkheid op zich nemen als er huwelijksmoeilijkheden zijn, of als één van de kinderen gedragsproblemen stelt of als zij de overvloed aan verwachtingen niet kunnen waarmaken, of vrezen het niet te kunnen. In veel gevallen is alcohol een poging om er niet de brui aan te geven of niet depressief te worden. Veel vrouwen hebben de neiging zichzelf van alle falen de schuld te geven, terwijl ze zich tegelijkertijd niet in staat voelen om iets aan de situatie te veranderen. [(2)] Wanneer zij geconfronteerd worden met maatschappelijke onmogelijkheden, hebben zij ook de neiging de schuld bij zichzelf te leggen. Als dit leidt tot machteloosheid en hopeloosheid, is dit een vruchtbare bron voor depressie. [(7)]
De meeste vrouwen zijn door hun vrouw-zijn gevangen in een aantal maatschappelijke plichten en taken die in sommige gevallen voor stevige conflicten kunnen zorgen. Van een vrouw wordt verwacht dat zij voor de zieke en bejaarde familieleden zorgt. Elke vrouw die kinderen krijgt, wordt, ongeacht haar persoonlijke geschiedenis en karakter, geconfronteerd met de opdracht als eerste verantwoordelijk te zijn voor de zorg en opvoeding. Die zorgplicht past soms compleet niet binnen de eigen aanleg of ambities. [(15)]

5. HULPVERLENING

Wat behandeling betreft, zijn de resultaten bij mannen en vrouwen ongeveer gelijk.
Vrouwen kiezen meer voor zelfhulp en voor gedragstherapie en minder voor langdurige opname en groepstherapie. In de alcoholhulpverlening komen 2 tot 10 keer zoveel mannen als vrouwen. [(6)] Vrouwen zijn minder geneigd alcohol als oorzaak aan te wijzen. Vaak komen zij met lichamelijke klachten met psychische of relationele moeilijkheden als aanmeldingsprobleem.
Het niet herkennen van het aanwezige alcoholprobleem door de huisarts, maakt nogal eens dat er én geen adequaat antwoord gegeven wordt én daarenboven, dat er nog tranquillizers of slaappillen worden voorgeschreven, zodat een gecombineerde verslaving ontstaat. [(16)]
Vrouwen hervallen minder als zij thuis kinderen hebben. Mannen hervallen meer als zij alleen wonen, vrouwen niet.

Waar het in het algemeen mijn ervaring is, dat confrontatie weinig *motiverend* werkt bij mensen met alcoholproblemen, is dat zeker zo voor vrouwen. En als het op korte termijn al werkt - vrouwen laten zich toch nogal gemakkelijk zeggen hoe zwaar ze wel tekort schieten - versterkt het enkel hun negatief zelfbeeld, en hun gevoel van onmacht en schuld. [(13)]
Vanuit deze beleving is het aanpakken van de problemen per definitie onmogelijk. Als je schuldig, machteloos en zwak bent, kan je het niet zelf, en zal de hulpverlener het moeten doen. De behandeling zal zich dan ook van in het begin moeten richten op het deculpabiliseren en op het vergroten van het zelfwaardegevoel.
Vaak ligt er veel boosheid klaar, die zij niet durft te uiten, omdat ze immers 'schuldig' is. Alle maatschappelijke reële of vermeende verwachtingen, alle evidenties die zij zelf heeft geleerd of waarmee zij in de omgeving wordt geconfronteerd, zullen daarbij aan bod moeten komen, benoemd en omschreven worden, zodat zij er op een vrijere manier kan mee omgaan. [(15)]

Het zou verkeerd zijn het alcoholprobleem van een vrouw te herleiden tot een puur vrouwenrolprobleem. Het zou echter een even grote fout zijn dit belangrijke aspect van haar bestaan te negeren.

LITERATUUR

1. APPEL, C., The status of women and men's drinking: The "symbolic crusade" reconsidered 5th annual Alcohol Epidemiology Symposium Maastricht, June 11-17 1989.

2. BRESLIN,F.C., The effects of stress and coping on daily alcohol use in women, Addict.Behav.20 (1995).

3. CRUM,R.M., Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence, Alchol.Clin.Exp.Res.19(1995).

4. GUNKO, A.A., V.D. MOSKALENKO, Husbands of alcoholic women: Experience in studying psychopathologies, ZH-Nevropatol - psikhiatr -im-S-S, Korsakova, 93/5(72-75), 1993.

5. HEINE, B. ter, Alcoholisten en hun partners, Swets & Zeitlinger, 1993.

6. JARVIS, T.J., Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review, Br.J.Addict. 87(1992)9.

7. KARSTEN, C.J., Wie is er bang voor de verslaafde vrouw, T.v. psychotherapie,19,(5),1993.

8. KNIBBE, R.A. en S.ABBENHUIS, Getrouwd met een alcoholist, T.alc.drugs,(17), nr.2,1991.

9. LAMMERS,S.M.M., Achtergronden van het drinkgedrag van vrouwen, Editoriaal in Alcohol selectief, 47, mei,1995,1-3.

10. LAMMERS,S.M.M., Functionality of alcohol in alcohol dependent women, Proefschrift, Nijmegen, 1995.

11. LANG,A.R.,M.G.WINIARSKI & L.CURTIN, Person perception as a function of drinking behaviour, gender and sex role stereotypes, J.Stud.Alcohol,53,(1992)3.

12. LEMLE,R.&M.E.MISHKIND, Alcohol and masculinity, J.Subst.Abuse Treatment 6 (1989)4.

13. MATTHIJS,F., Therapeutische aspecten van de intake, in Jaarverslag 1987, vzw Altox, Antwerpen, 1988

14. MATTHIJS, F., Vrouwen en alcohol, in verslagboek studiedag "Vrouwgerichte Verslavingszorg", VAD, Brussel, 1996.

15. NICOLAI,N.J., Gender en Psychotherapie, T.v.psychotherapie, 18,(5), 1992.

16. SMITH,L., Help-seeking in alcoholdependent females, Alcohol Alcohol.27(1992)1.

17. WHALEN, T., Wives of alcoholics: four types observed in a family service agency. Quaterly Journal of Studies on Alcohol, 14, 632-641 (1953).

18. WIEL, a. Van der (red) , Alcohol en ziekte, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht, 1993.

◎ Mannelijke alcoholisten

Luc Taccoen
PC Broeders Alexianen Tienen

Inleiding

In Tienen heb ik het geluk gehad te mogen werken met een vrij homogene groep mannelijke alcoholisten. Deze subgroep, waarover ik het hier zal hebben, is evident een geselecteerde groep. Ik spreek dus niet over alle mannelijke alcoholisten of over 'de' mannelijke alcoholist.
Mensen die opgenomen worden in een ziekenhuis, en wanneer het aantal opnames vrij hoog is, worden normaal in groepen ondergebracht.
De selectie die dan gebeurt, verloopt volgens uitgesproken, maar ook soms volgens minder uitgesproken regels.
Resultaat was niettemin een vrij homogene groep van mensen met een hoge scholing en professionele achtergrond. Ik spreek hier van dokters, ingenieurs, apothekers, leraars, advocaten, zelfstandigen, bedrijfsleiders, managers, enz....
De meesten zijn tussen 35 en 45 jaar, zijn gehuwd en hebben kinderen.
Ze hebben jobs, met voldoende intrinsieke en extrensieke beloningen. Hun beroep is bron van zelfwaardering, competentie, status, privileges, inkomen enz...

1.
De vraag kan gesteld worden: hoe komt het dat mensen met deze hoge professionele deskundigheid en niet onaanzienlijk succes, het verslavingssyndroom niet hebben zien aankomen ? Hoe komt het dat deze mensen het zover hebben laten komen dat zelfs een kliniekopname onvermijdelijk werd ? Hadden deze mensen het niet beter moeten weten ? Hadden zij de 'voortekenen' niet eerder kunnen onderkennen ? Zagen zij niet dat ze door hun drinkgedrag, hun controle-verlies, hun werkverzuim enz.. vaak verkeerde resultaten bereikten, en op alle gebied, professioneel en familiaal, langzaam maar zeker, bergaf gingen?
Edgar P.Nace bespreekt in zijn boek 'achievement and addiction' hetzelfde fenomeen en spreekt van een paradox.
Verslaving en verslaafd worden, lijken dus vrij los te staan van professionele achtergrond, intelligentie, competentie, sociale status en diesmeer.
Het is evident dat verslaafd–zijn, en opgenomen worden voor 'dergelijke' mensen een grote nederlaag en vernedering met zich kan meebrengen. Een 'opname' gebeurt dan meestal na een grote crisis, ofwel op het werk ofwel op het thuisfront. Meestal laten ze hun omgeving weten dat ze opgenomen zijn voor een depressie. Sommigen houden hun opname voor de buitenwereld zolang mogelijk geheim.

Is er een psychologische verklaring voor deze paradox ? Is er geen sprake van een onderliggende psychologische stoornis ? Een ernstige depressie, angst of een andere vorm van psychopathologie ? Met andere woorden is er geen vorm van psychiatrische co-morbiditeit ? Immers zijn er niet vele verslaafden met een samengaande psychiatrische stoornis ?

Uitzonderingen niet meegeteld, kunnen we stellen dat globaal genomen weinig of geen ernstige tekenen van comorbiditeit kunnen vastgesteld worden. Het zijn meestal 'normale ' mensen. Normaal in de zin zoals u en ik 'normaal' zijn. Ik heb trouwens het gevoel dat mijn cliënten, meer interessante collega's zijn, dan mensen die moeten behandeld worden.

Het enige wat echt opvalt, is namelijk het volgende. Zonder minutieus de statistieken van het testpsychologisch onderzoek te hebben nagetrokken kan ik stellen dat velen van hen een 'narcistische basisstructuur' hebben. Een narcistische basispersoonlijkheid zoals beschreven door Theodoor Millon in zijn boek 'Moderne psychopathologie'.

Het zijn mensen die heel sterk gesteld zijn op hun autonomie en zelfstandigheid, hun zelfwaarde-

gevoel zoeken ze niet bij de ander, maar bij zichzelf. Ze gaan uit van hun kwaliteiten en geloven dat ook de anderen deze 'natuurlijke eigenschappen' zullen bewonderen en appreciëren. Meestal gaat dit gepaard met een zekere passiviteit. Ze hoeven hun meerwaarde niet te bewijzen. Daarom worden ze ook de passief-onafhankelijken genoemd. Het best kan dit geïllustreerd worden met een voorbeeld. Tevens is dit de grond waarop mijn mening gestoeld is.
Testpsychologisch nemen wij systematisch 'Mijn Leven als Dier' af. Dit is een kleine projectieve test, waar mensen gevraagd wordt hun wens om te leven als dier op te schrijven. Deze verbeeldingsoefening klopt naar ons gevoel heel goed met de basispersoonlijkheid van hen die dit verhaal neerschrijven. Hier volgt een voorbeeld.
Om niet altijd het verhaal van de 'Leeuw als koning der dieren' te gebruiken krijgen we volgende variant: *' Ik kies voor de bever, zonder twijfel.......ten eerste is de bever een mooi dier met een prachtige fel gegeerde vacht....twee kwaliteiten die hem door moeder natuur zijn toebedeeld, zonder dat dit alvast enige inspanning van hem heeft gevergd..... Een tweede te benijden eigenschap is zijn levensvrijheid .... Het dier kiest zijn leefplaats volledig vrij, maar doet dit zonder enige vorm van agressiviteit. Niet alleen bepaalt de bever de plaats waar hij zijn leven zal doorbrengen, maar ook het uitzicht ervan. Hij zoekt de plaats zoals hij dat wil, tenminste als er zich geen onvoorziene calamiteiten voordoen.'*
Deze beeldspraak van het Leven als Dier is soms van een zeer diepe rijkdom die moeilijk in diagnostische termen te vertalen is. Goed gebruikt is het trouwens een metafoor die voor de therapeut in zijn benadering van de cliënt heel nuttig kan zijn.

Het spreekt vanzelf dat verslaving en een kliniekopname voor iemand met een hoge professionele status en een 'tikkeltje' narcisme dubbel hard kan aankomen. In het begin van de opname zien we dan ook vaak sterke emoties van schuld en schaamte, het is een grote vernedering. Het is de ineenstorting van het narcistische zelfbeeld. Doch deze sterke emoties zijn geen stevige basis voor een ernstige behandeling. De ernst van de emoties verbergen twee valkuilen. Ze willen vaak 'snel' behandeld worden. Een korte opname zal voor hen voldoende zijn, want nu hebben ze hun lesje geleerd. Het zal hen nooit meer overkomen. Ten tweede willen ze het vaak alleen oplossen. Groepstherapie, nazorg, A.A. het is allemaal niet nodig, zij kunnen het wel alléén aan.
De narcistische verdedigingslinie is nooit ver weg. Geconfronteerd met hun mislukking zijn de vlucht in de fantasie, ontkenning, rationalisatie en projectie uitstekende mechanismen om de nederlaag te verwerken. De ernst van het probleem wordt geminimaliseerd, de schuld van hun mislukking is toe te schrijven aan menige externe factor en gezien hun eigen interne mogelijkheden zullen ze hetzelf wel oplossen. Kritiek op hun behandeling is dan ook legio. De kliniekopname en het interne regime, waar minimale structuren en regels moeten gerespecteerd worden, worden rap als betuttelend en kinderachtig ervaren. Behandeld worden is in contradictie met hun narcistische autonomie.

Hoe dit moet aangepakt worden valt buiten het bestek van dit referaat, maar heel belangrijk lijkt ons, dat we hen kunnen "overtuigen" van een langdurige groepsbehandeling
De twee elementen zijn essentieel.
Langdurig: met Geerlings kunnen we stellen dat verslaving meer gekenmerkt wordt door een sterke tendens tot terugval, dan door problemen met het stoppen van gebruik. Het belangrijkste behandeldoel is dan ook het voorkomen van terugval en niet de detoxificatie.
Langdurige groepsbehandeling betekent niet langdurige kliniekbehandeling. Integendeel.
Een kliniekbehandeling leidt vaak niet tot de noodzakelijke 'uitdoving' van de talrijke prikkels die herval opnieuw kunnen uitlokken. Het beschermend milieu van het ziekenhuis biedt enkel een tussenstap in het geheel van de behandeling. Daarom is een ambulante verderzetting van de therapie onder een of andere vorm noodzakelijk. Ambulante groepstherapie, A.A. of andere zelfhulpgroepen bieden goede mogelijkheden.
In groep: dit punt is even belangrijk. Isolatie is een gevaarlijk mechanisme.De wijsheid die in het 12-stappen programma van de AA vervat ligt bestaat juist hierin dat mensen 'steeds kunnen terugkomen ' en ' welkom' zijn. Ze worden blijvend herinnerd aan het adagium "dat niemand het in hun plaats kan doen, maar dat ze het ook niet alleen kunnen ".

Eerste conclusie. Sprekend voor de beperkte en geselecteerde groep mannelijke alcoholisten zoals hierboven beschreven, kunnen we stellen dat het begrip comorbiditeit met voorzichtigheid

dient gebruikt te worden. Als er sprake is van comorbiditeit kunnen we spreken van een narcistische component die bij velen aanwezig is. Rekeninghoudend met het feit dat termen pathologiserend kunnen werken moeten we stellen dat vele mannelijke alcoholisten "normale" personen zijn, zoals u en ik. Velen onder hen beschikken over vele kwaliteiten en hebben het maatschappelijk ver gebracht. Dit dwingt ons ook verder na te denken over het begrip verslaving.

2.

In het volgend punt wil ik een tweede item bespreken. Onder invloed van het systeemdenken is het begrip co-dependentie erg populair geworden. Het drinken van de alcoholist zou dan beter kunnen verklaard worden vanuit het feit dat het systeem nood heeft aan iemand die drinkt. Om het evenwicht binnen het gezinssysteem te handhaven is het drinken een stabiliserende factor. Zonder het drinken zouden andere moeilijkheden of spanningen binnen het gezin tot uiting komen. Deze denkwijze kan nuttig zijn, maar heeft een belangrijke schaduwzijde. De individuele verantwoordelijkheid van de symptoomdrager wordt sterk geminimaliseerd, terwijl geruisloos een beschuldigende vinger wordt uitgestoken naar de partner van de alcoholist.
In onze concrete werksituatie met mannelijke alcoholisten is het dan de vrouw van de alcoholist die minstens 'medeverantwoordelijk' is voor het drinken of blijven drinken van haar man.

Om deze idee nader te onderzoeken, hebben we onlangs een kleine voorbereidende studie gedaan met behulp van twee thesisstudenten.
Het opzet bestond hierin dat een gezinsdimensievragenlijst werd aangeboden aan 17 koppels uit onze groep. De gezinsdimensieschaal van Olson (in het Nederlands bewerkt door Buurmijer en Hermans) werd afgenomen. Deze gezinsdimensielijst meet vooral gezinscohesie en adaptatie. De gezinscohesie is de gebondenheid die de gezinsleden ervaren ten opzichte van elkaar. Dit gaat van 'los zand', over 'individueel' en 'gezamenlijk', naar 'kluwen'. De adaptatieschaal meet de aanpassingsmogelijkheid bij veranderende externe en interne omstandigheden. Deze schaal gaat van 'chaotisch', over 'flexibel' en 'gestructureerd' naar statisch.

Zowel man als vrouw moesten deze vragenlijst invullen vanuit twee verschillende perspectieven. Aangezien ook bij alcoholmisbruik er vaak een afwisseling bestaat tussen periodes van drinken en niet-drinken werd volgende vraag voorgelegd: hoe ziet u uw gezin in de periodes dat er gedronken wordt en in de periodes dat er niet gedronken wordt ?
De hypothese was dat als de alcoholist stopt met drinken, het beter gaat en dat beide partners hun gezin zien als méér functioneel, en dit zowel op de dimensies van cohesie als adaptatie. Deze stelling verdedigt het stress-model, en ziet alcoholisme eerder als een stress-factor die het gezinsfunctioneren verstoort. Wanneer het alcoholmisbruik stopt verdwijnt of vermindert de stress en kan het gezin weer beter functioneren. Dit gaat in tegen de opvatting van het systeemdenken dat voorspelt dat met het stoppen met drinken er geen verbetering zal optreden, en dat een neiuwe toestand van spanning kan ontstaan.

De resultaten van ons onderzoek zijn als volgt.
In dronken toestand zien de meesten, zowel de alcoholist als zijn partner, hun gezin als disfunctioneel. Ze zien hun gezin als 'los-zand' en 'chaotisch'. Enkel twee mannelijke alcoholisten en drie vrouwelijke partners zien dat het drinken hun gezin niet uit evenwicht haalt en dat het gezin in dronken toestand normaal functioneert.
Wanneer de man niet drinkt doet zich een duidelijk positieve verschuiving voor in de gezinsperceptie. Stoppen met drinken is voor acht koppels voldoende om het evenwicht volledig te herstellen. Bij zeven koppels is er een positieve verschuiving, maar is het herstel niet volledig. Bij één koppel treedt er helemaal geen verandering op. Het gezin blijft 'los-zand' en 'chaotisch'. Bij een laatste koppel treedt er verslechtering op. Door het stoppen met drinken wordt het gezin 'statisch' en is de onderlinge betrokkenheid een 'kluwen'.

Globaal kunnen we dus stellen dat het stress-model in de meeste gevallen een voldoende verklaring biedt. In een beperkt aantal gevallen biedt het stoppen met drinken geen oplossing.
Het is duidelijk dat we zeer voorzichtig moeten zijn met het begrip co-dependentie. Woorden, ook al klinken ze modern, kunnen pathologiserend werken. De realiteit blijft dat door het simpele feit

dat iemand stopt met drinken de problemen binnen het gezin kunnen verdwijnen. Dit doet mij denken aan het verhaal dat ik zovele malen mocht horen: 'als mijn man stopt met drinken, kunt ge niemand beter hebben en gaat het tussen ons zeer goed' De tegenovergestelde boodschap is vaak een teken aan de wand.

Slot

In deze hebben wij, vanuit de observatie van onze geselecteerde groep mannelijke alcoholisten, gewezen op de noodzaak om voorzichtig te zijn met termen als co-morbiditeit en co-dependentie. In welke mate dit van toepassing is op andere subgroepen blijft een open vraag.

Thema 4: Het gebruik van medicatie in de alcoholhulpverlening

dr. Remi Spiers, psychiater, PC Sint-Camillus Sint-Denijs-Westrem

◎ Het gebruik van medicatie in de alcoholhulpverlening

Dr. Remi Spiers
PC Sint-Camilus Sint-Denijs-Westrem

* Benadering van alcoholafhankelijkheid vanuit het bio-psycho-sociaal model.

* Farmacotherapie vervangt nooit de psycho-sociale behandeling, maar maakt er een geïntegreerd deel van uit.

* Betere inzichten in de biologische effecten van alcohol op de hersenen zullen leiden tot een betere farmacologische behandeling.

* De juiste farmacotherapeutische benadering wordt bepaald door een aantal factoren:

° *Mechanismen van alcoholafhankelijkheid*

- neurotransmittors

  GABA
  NMDA
  serotonine
  dopamine

- centrale Calciumkanalen en neuromediatoren

- andere mechanismen

  opiaatreceptoren
  cholinerge mechanismen
  G-proteïne-gebonden adenosinereceptoren
  vasopressine gemediëerde neurotransmissie
  neuropeptiden

° *Genetische factoren*

° *Typologieën (multidimensioneel)*

° *Comorbiditeit*

- angst
- depressie
- persoonlijkheidsstoornissen

* Bij de behandeling van alcoholafhankelijkheid is het uiteindelijke doel het bekomen van een blijvende en complete abstinentie.

* In de behandeling onderscheidt men drie fasen:

- voor de desintoxicatie
- de desintoxicatie
- na de desintoxicatie

<u>1. Voor de desintoxicatie</u>:
Zolang de patiënt drinkt: geen medicatie, wel motiverende gesprekken.

<u>2. Desintoxicatie</u>:

Cave: bij acute ontwenning kunnen neuronale cellen 'imploderen', zodat een verplichte ontwenning bij niet gemotiveerde patiënten meer kwaad dan goed doet

Doel: - verlichten van de ontwenningsverschijnselen
- voorkomen van complicaties zoals convulsies en delirium tremens

Klimaat: een supportief, positief klimaat waarbij de patiënt voldoende medische en psychologische aandacht krijgt zal de ernst van het ontwenningssyndroom reduceren

Evaluatie: de ernst van de ontwenning en de efficaciteit van de behandeling kan geëvalueerd worden d.m.v. de CIWA-schaal

Middelen:
- benzodiazepines met een lange halfwaardetijd, strikt beperken in tijd
- tiapride: een gesubstitueerd benzamide kan gebruikt worden als adjuvans bij benzodiazepines of in milde gevallen bij ambulante begeleiding
- anti-epileptica: enkel indien er een voorgeschiedenis is van ontwenningsstuipen
- neuroleptica: in geval van psychotische symptomatologie
- vitamine B complex

Praktisch voorbeeld: intensief bewakings- en behandelingsschema

<u>3. Na de desintoxicatie</u>:

Doel: terugvalpreventie

Aversie: disulfiram:
- enkel gecontroleerde inname helpt
- contra-indicaties
- geneesmiddeleninteracties
- bijwerkingen

Anti-craving: acamprosaat

- beïnvloedt de prikkeloverdracht van gamma-aminoboterzuur en glutamaat op het niveau van de neuronen
- geen geneesmiddeleninteracties
- weinig bijwerkingen
- dosis: 1998 mg./d.

naltrexone

- opioide antagonist
- geneesmiddeleninteracties onvoldoende onderzocht
- weinig bijwerkingen
- dosis: 50 mg./d.

Comorbiditeit :geen benzodiazepines
antidepressiva
lithium
carbamazepine

* **Besluit**:

een verfijning van de diagnostiek en betere inzichten in de biologische aspecten van verslaving zullen een verfijning van de behandeling geven.

Een ethisch-filosofische reflectie op alcoholverslaving

dhr. Rik Gonnissen, docent medische ethiek en antropologie

◎ De bijdrage van een wijsgerig-ethische discussie in verband met de verslavingsproblematiek

Rik Gonnissen
docent medische ethiek en antropologie

1. DE PLAATS VAN DE FILOSOOF IN DE DISCUSSIE.

- algemeenheden
- niet therapeutisch: alleen de vragen worden in therapie gebracht
- niet effectief: maar ook niet zonder effect
- multidisciplinair: aarzelen én doorwerken
- uiteindelijk: probleemondersteunend

2. DE PLAATS VAN HET PROBLEEM VERSLAVING IN DE FILOSOFIE.

- welke verslaving: vooral die "ernstig gedragsveranderend" werkt
    - opium in China
    - drankgebruik/misbruik
    - Verlaine/Rimbaud/Jotie 't Hooft
- vandaaruit: wat is verslaving ? Interactie tussen probleem en cultuur.

3. DE DISCUSSIE OMTRENT DE MATIGHEID VOLGENS **MONTAIGNE** EN **A. COMTE-SPONVILLE**.

4. EÉN FUNDAMENTEEL PROBLEEM: INDIVIDU/PERSOON

- De structuur van het verlangen.
- Enkele karakteristieken van het verlangen.
- Kan iets mijn alles zijn ?
- Het gevoelen en ook het lot van de postmoderne mens: vele "ikken". De discussie tussen Derrida en Rorty. Pragmatisme versus deconstructivisme.

5. *GEMAKKELIJKE* MODELLEN DIE PROBLEEMOPLOSSEND KUNNEN WERKEN MAAR IN FEITE NIET DOORDRINGEN TOT DE ESSENTIE: IN FEITE DUS "KURIEREN AM SYMPTOM".

6. WEG VAN HET PRAGMATISME EN GECONFRONTEERD MET DE ONMOGELIJKHEID VAN EEN LAATSTE GROND.

6.1 Het feit dat we verslaving willen vermijden, en mensen daarvan willen genezen is meer dan een medisch-technische strategie. De kwestie is: welke onderliggende verlangens en wilsbeschikkingen zijn onderliggend aan dit project. Gaat het hier om het bevrijden uit de slavernij, of gaat het om mensen te boetseren naar ons beeld en onze gelijkenis (individueel of collectief.

Zegt de therapeutische functie in dit probleemveld ook niet iets over ons wereld- en mensbeeld ?
Zegt elke therapie ook niet welke mens we willen maken ?

7. HOE KUNNEN WE DE AFWEZIGHEID VAN EEN LAATSTE GROND SAMEN DENKEN MET EEN MOGELIJKHEID TOT VRIJHEID VOOR IEDERE MENS ?

Deelnemers

Sprekers

Deelnemers:

Jo ACHTEN, Politie Genk

Fatima ASABBANE, PZ Sancta Maria - Sint-Truiden

Carlo BAETEN, CAD Preventie - Hasselt

Sabine BAPTIST, Schuilplaats - Hasselt

An BERDEN, CAD Justitieteam - Hasselt

Lydia BEVERS, Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg - Antwerpen

Mieke BLOMMAERTS, CAD secretariaat - Hasselt

Martine BOONEN, Politie Genk

Bernadette BRIERS, CGG Sint-Truiden

Carine BROUWERS, Biehal - Lommel

Marc BUELENS, MSOC - Genk

Ilse CAMPS, Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg - Antwerpen

Hyancintha CLAES, Sobriëtas - Hasselt

Nicole DANIELS, PZ Sancta Maria - Sint-Truiden

Dirk DE BLESER, Kliniek H. Familie - Kortrijk

Christine DE BROUWER, PZ Zoete Nood Gods - Lede

Lin DE BRUIJN, CAD preventie - Hasselt

Leen DE COCK, Sint-Vincentiusziekenhuis Paaz - Antwerpen

Willy DE LEEUW

Joke DE MEYST, CAD preventie - Hasselt

Janne DE POOTER, CAD adjunct directeur - Hasselt

Heidi DESWERT, CGGZ Turnhout

Nele DILLEN, Strafbemiddeling Tongeren

Bernard DOR, Secretariaat Belgische Vereniging Alcohologie - Luik

Paul DURFAINONT, Kliniek H. Familie - Kortrijk

FRANSSENS, Katarsis - Genk

Bernadette GHEYSEN, Kliniek H. Familie - Kortrijk

Sonia GHOOS, CMILA - Leopoldsburg

F. GILISSEN, CAD Limburg - Nederland - Maastricht

Ingrid HANOT, CAD Documentatie - Hasselt

Anne HANSSENS, OCMW Heusden-Zolder

Marc HEBBRECHT, PZ Sancta Maria - Sint-Truiden

Patricia HEMELAER, Tele Onthaal Limburg

Wiske HENDRICKX, OCMW Turnhout

Frans HENDRIKS, ZOL Sint-Jansziekenhuis - Genk

Jan HENS, PZ Sancta Maria - Sint-Truiden

Sandra HEX, CAD Justitie - Hasselt

Paul HOBIN, MOB Hasselt/CGG Tongeren - Hasselt

Tania HUYSMANS, Min. Justitie - dienst Sociaal werk - Antwerpen

Luc JACOBS, CGGZ Turnhout

Marijke JANSSEN, Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg - Antwerpen

Peggy JANSSENS, De Schuilplaats vzw - Hasselt

Nadja JOOSTEN, CAD Preventie - Neerpelt

Peter JOOSTENS, CAD Psychiater - Hasselt

Lieve JORDENS, CAD Hulpverlening - Hasselt

Lidja KEKUS, CGG Genk

Suzanne KEMPENEERS, CGG Sas Lokeren

Lydia KERKHOFS, OCMW Overpelt

Ivan KLINCKAERT, PZ Zoete Nood Gods - Lede

Sabine KUYPERS, OCMW Lanaken

Marie-Claire LAMBRECHTS, VAD - Brussel

Ward LAMBRECHTS, Katarsis - Genk

Sabina LESZCZYNSKA, Validag - Lommel

Alain LORQUIN, Provinciebestuur Limburg - Hasselt

An MAES, Liberale Mutualiteiten - Hasselt

E. MAES, Broeders Alexianen - Tienen

Mark MANDERS, PZ Sancta Maria - Sint-Truiden

Zus MARTENS, De Schuilplaats vzw - Hasselt

Els MARTENS, CAD Hulpverlening - Genk

Marianne MARTENS, CAD Hulpverlening - Hasselt

Christel MATHIJS, OCMW Maaseik

Brenda MATTHIJS, OCMW Overpelt

Piet MEESTERS, VAD - Brussel

Kris MULLENS, Strafbemiddeling Tongeren - Brussel

Dina NOELMANS, JAC - Antwerpen

Mieke NUYTS, Centrum voor Welzijnswerk Limburg - Hasselt

Gerda PELLARS, CAD secretariaat - Hasselt

Bruno PIERI, CAD Straathoekwerk - Hasselt

Jos PIRARD, AA

Alfons PLAS, Beschut Wonen Noord-Limburg - Overpelt

Armand PROOST, OCMW Turnhout

Leen PULINX, Centrum voor Welzijnswerk Limburg - Hasselt

Erwin REYSKENS, PZ Ziekeren - Sint-Truiden

Greet ROBBEN, Validag

Nadine ROOSE, VAD - Brussel

Lut SAMPERMANS, OCMW Herk-De-Stad

F. SCHILLEWAERT, DGGZ Free - Brugge

Veerle SCHRIJVERS, Beschut Wonen Noord-Limburg - Overpelt

Dirk SILLEN, CAD Hulpverlening - Hasselt

Mark SLEGERS, Mol

Anne Mie SLEURS, Centrum voor Welzijnswerk Limburg - Hasselt

Flip SLEURS, CAD Straathoekwerk - Hasselt

Patrick SMOLDERS, Strafbemiddeling Mechelen - Brussel

Ronald SOONTJES, PZ Sint Hiëronymus - Sint-Niklaas

Cor STAPPERS, Liberale Mutualiteiten - Hasselt

Lieven STEELAND, CAD Hulpverlening - Beringen

Myriam STEENACKERS, Relatie en Welzijn - Hasselt

Karen STINKENS, CAD Straathoekwerk - Houthalen

Johan STULENS, UPC Kortenberg

Hilde SWINNEN, OCMW Lanaken

Vicky TERTEKA, CAD Hulpverlening - Neerpelt

Peter TIELENS, CMILA - Leopoldsburg

Ann TIMMERMANS, Centrum voor Welzijnswerk Limburg - Hasselt

Greet TITS, Hulpgevangenis Leuven

Marleen TORSIN, Broeders Alexianen - Tienen

P. VAN BERKEL, Schepen Gemeente Lanaken

John VAN BRIEL, Ter Dennen Broeders Alexianen - Tienen

Ingrid VAN DEN BRAND, Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg - Antwerpen

Leen VAN DER PERRE, Steunpunt Algemeen Welzijn

Guy VAN DIJCK, Metanoia vzw - Turnhout

Gunther VAN HOUDT, PZ Sancta Maria - Sint-Truiden

Els VAN MOL, Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg - Antwerpen

Sofie VAN OVERMEER, Sociale dienst OCMW Genk

Geert VAN REUSEL, Sint-Vincentiushuis Paaz - Antwerpen

Kristien VANDE KEYBUS, Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg - Antwerpen

Isabelle VANDEMAELE, Broeders Alexianen - Tienen

Ronny VANDERMEERE, PZ Sancta Maria - Sint-Truiden

Marjet VANDERSTRAETEN, CAD Preventie - Hasselt

Guido VANDERWEYDE, Broeders Alexianen - Tienen

Geert VANHAM, MSOC - Genk

Erwin VANHAM, OCMW Kinrooi-sociale dienst - Kinrooi

Marleen VANHEES, Centrum voor Welzijnswerk Limburg - Hasselt

Marcel VANHEX, CAD directeur - Hasselt

Wendy VENNEKENS, Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg - Antwerpen

Olaf VERBEKE, De Spiegel - Lovenjoel

Toon VERCAEREN, CAD Hulpverlening - Maasmechelen

Esther VERLINDEN, Min. Justitie - dienst Sociaal Werk - Antwerpen

Elsie VERMEULEN, Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg - Antwerpen

Rita VERRANDO, MSOC

Erik VREVEN, CAD Hulpverlening - Hasselt

VRIJENS, Katarsis - Genk

Patrica WAGELMANS, Broeders Alexianen - Tienen

Lara WEYTS, Strafbemiddeling Antwerpen - Brussel

Ronny WILLEMEN, CAD Hulpverlening - Hasselt

Lutgart WILLEMS, OCMW Maaseik

Marianne WINDEY, Hulpgevangenis Leuven

Veerle WINKELS, JAC - Antwerpen

Ria WINNEN, PZ Sancta Maria - Sint-Truiden

Sprekers:

Marijs GEIRNAERT, VAD - Brussel

Kris SMET, Journaliste Panorama VRT

Lieve JORDENS, CAD Limburg

Madeleine GUNNING, Alcoholteam Jellinek Amsterdam

Herbert JENAER, CAD Hulpverlening - Hasselt

Erwin DE BISSCOP, AZ Brugge

Stan ANSOMS, VAD - Brussel

Rik GONNISSEN

Frieda MATTHIJS, Altox - Antwerpen

Luc TACCOEN, PC Broeders Alexianen - Tienen

Remi SPIERS, PC Sint-Camillus - Sint-Denijs-Westrem

Assunta GEENS

Afgesloten op 05/06/98